



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTE.

Die große HB-Assistenzarzt- umfrage 2018/19

Zwischen Arbeitszeit,
Fehlermanagement
und Digitalisierung

**Wie gut können Sie
gute Ärzte werden?**

**Ergebnisse der
HB-Umfrage**



Ergebnisse

Umfrage 888652

Anzahl der Datensätze in dieser Abfrage:	1437
Gesamtzahl der Datensätze dieser Umfrage:	1437
Anteil in Prozent:	100.00%

Feld-Zusammenfassung für P1

Alter

Berechnung	Ergebnis
Anzahl	1437
Summe	44452.0219840000
Standard Abweichung	4.68
Durchschnitt	30.93
Minimum	24.0000000000
1ter Viertelwert (Q1 unteres Quartil)	28
2ter Viertelwert (Mittleres Quartil)	30
3ter Viertelwert (Q3 Oberes Quartil)	33
Maximum	63.0000000000

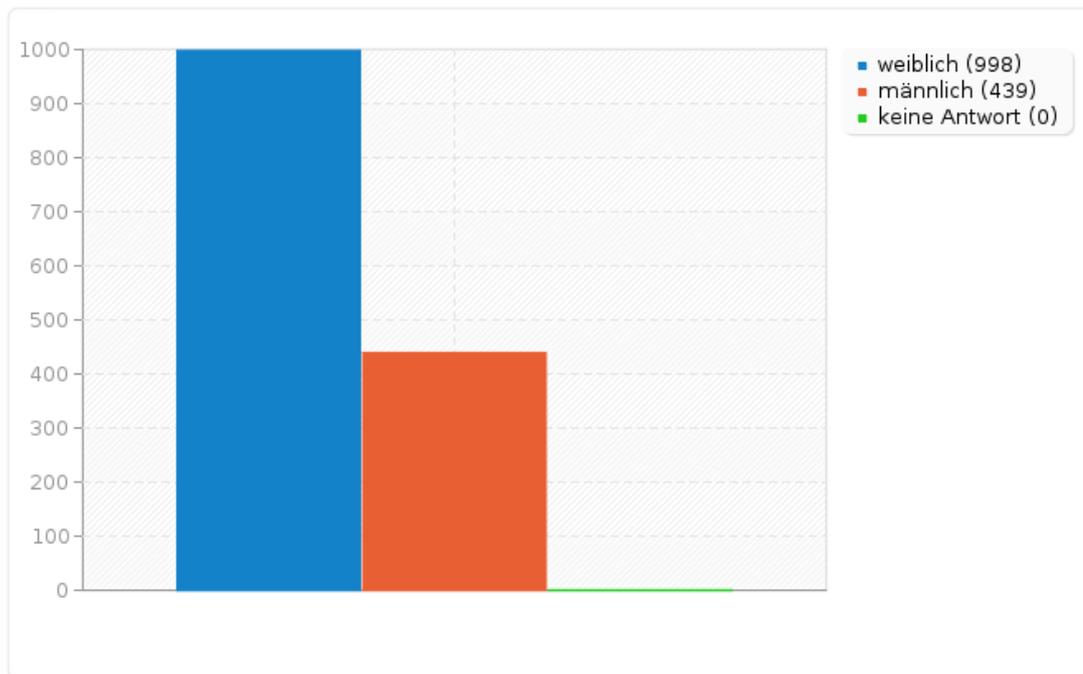
Null-Werte werden in Berechnungen ausgelassen*Q1 und Q3 werden berechnet durch die minitab-Methode**

Feld-Zusammenfassung für P2**Geschlecht**

Antwort	Anzahl	Prozent
weiblich (F)	998	69.45%
männlich (M)	439	30.55%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für P2

Geschlecht

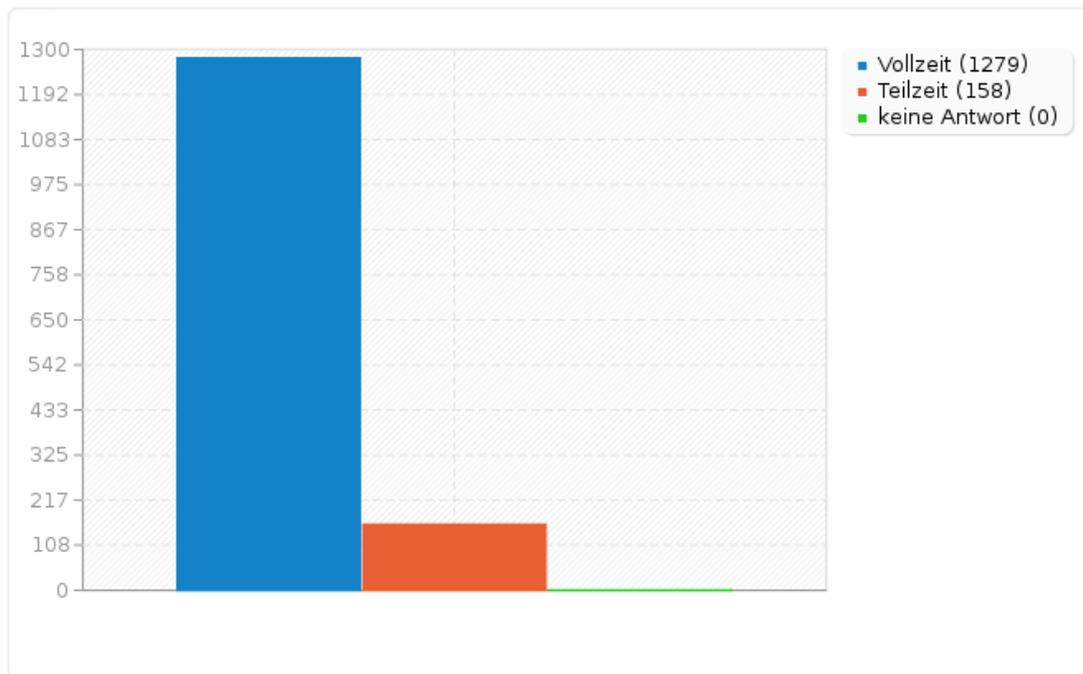


Feld-Zusammenfassung für P3**Arbeit in**

Antwort	Anzahl	Prozent
Vollzeit (A1)	1279	89.00%
Teilzeit (A2)	158	11.00%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für P3

Arbeit in



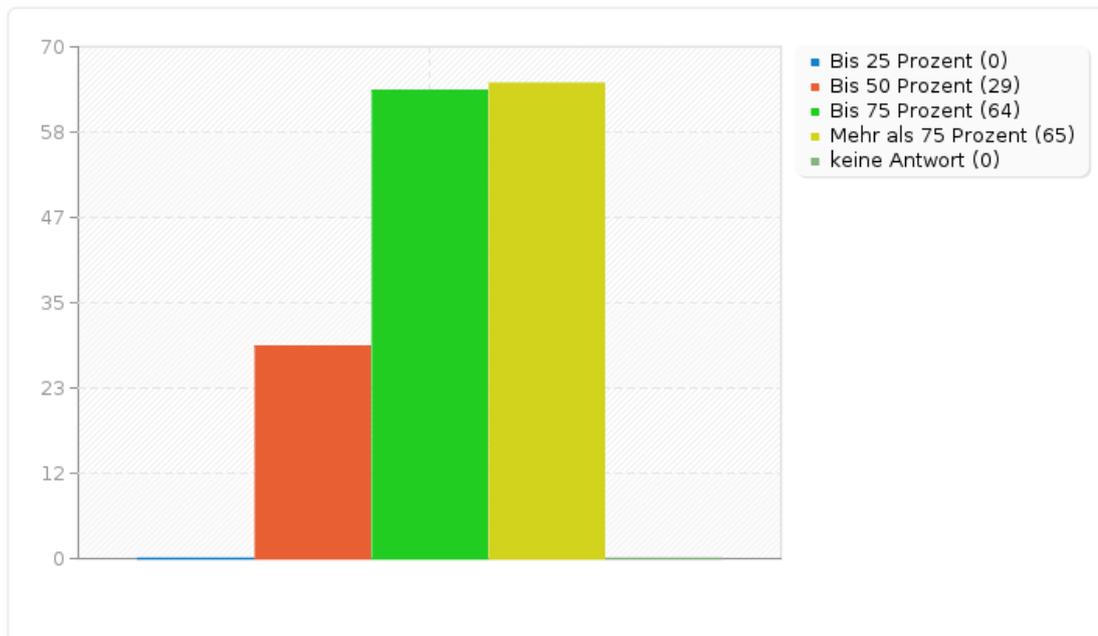
Feld-Zusammenfassung für P4

wenn Teilzeit:

Antwort	Anzahl	Prozent
Bis 25 Prozent (A1)	0	0.00%
Bis 50 Prozent (A2)	29	18.35%
Bis 75 Prozent (A3)	64	40.51%
Mehr als 75 Prozent (A4)	65	41.14%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für P4

wenn Teilzeit:



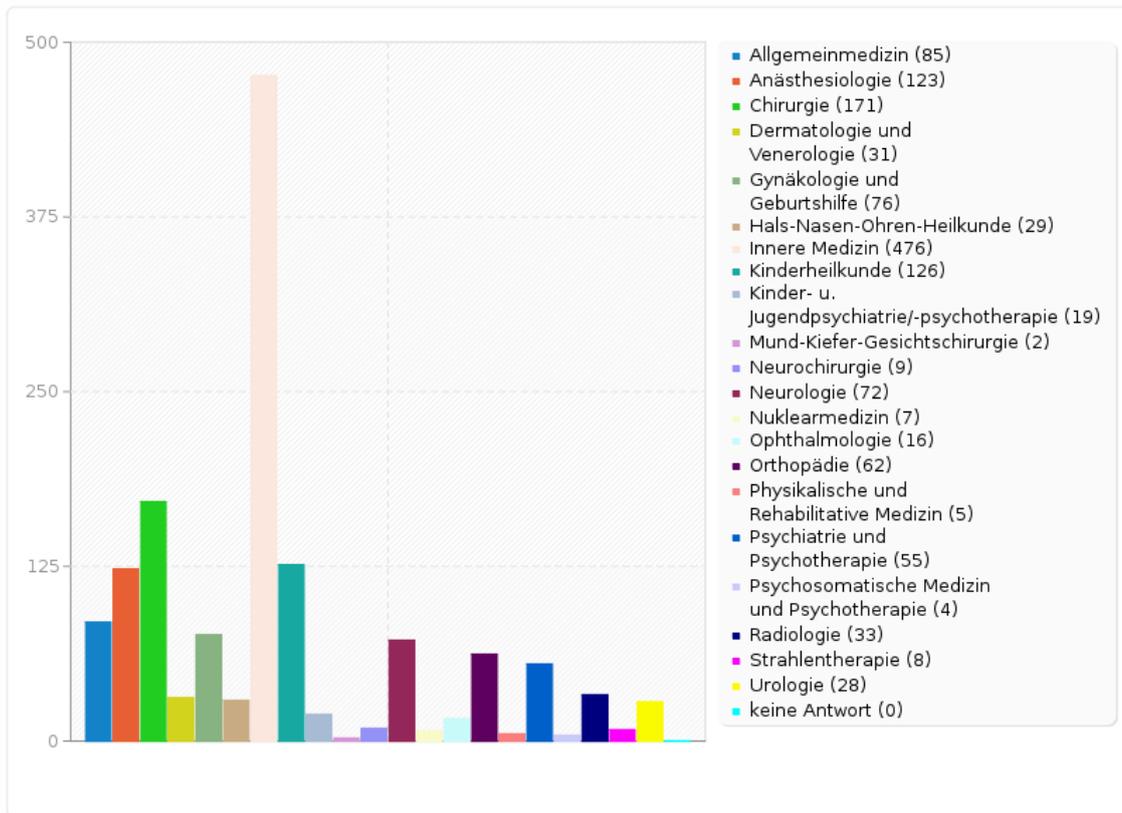
Feld-Zusammenfassung für P5

Fachrichtung

Antwort	Anzahl	Prozent
Allgemeinmedizin (A1)	85	5.92%
Anästhesiologie (A2)	123	8.56%
Chirurgie (A3)	171	11.90%
Dermatologie und Venerologie (A4)	31	2.16%
Gynäkologie und Geburtshilfe (A5)	76	5.29%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (A6)	29	2.02%
Innere Medizin (A7)	476	33.12%
Kinderheilkunde (A8)	126	8.77%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (A9)	19	1.32%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (A10)	2	0.14%
Neurochirurgie (A11)	9	0.63%
Neurologie (A12)	72	5.01%
Nuklearmedizin (A13)	7	0.49%
Ophthalmologie (A14)	16	1.11%
Orthopädie (A15)	62	4.31%
Physikalische und Rehabilitative Medizin (A16)	5	0.35%
Psychiatrie und Psychotherapie (A17)	55	3.83%
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (A18)	4	0.28%
Radiologie (A19)	33	2.30%
Strahlentherapie (A20)	8	0.56%
Urologie (A21)	28	1.95%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für P5

Fachrichtung

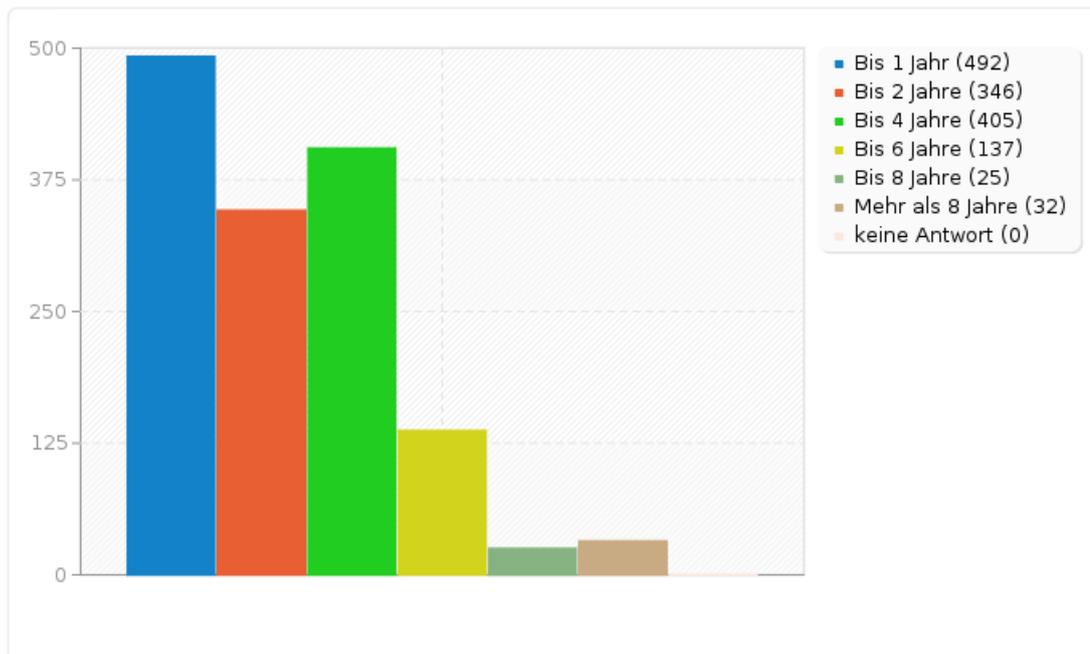


Feld-Zusammenfassung für P6**Wie viele Jahre Berufserfahrung als Arzt haben Sie?**

Antwort	Anzahl	Prozent
Bis 1 Jahr (A1)	492	34.24%
Bis 2 Jahre (A2)	346	24.08%
Bis 4 Jahre (A3)	405	28.18%
Bis 6 Jahre (A4)	137	9.53%
Bis 8 Jahre (A5)	25	1.74%
Mehr als 8 Jahre (A6)	32	2.23%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für P6

Wie viele Jahre Berufserfahrung als Arzt haben Sie?



Feld-Zusammenfassung für P7

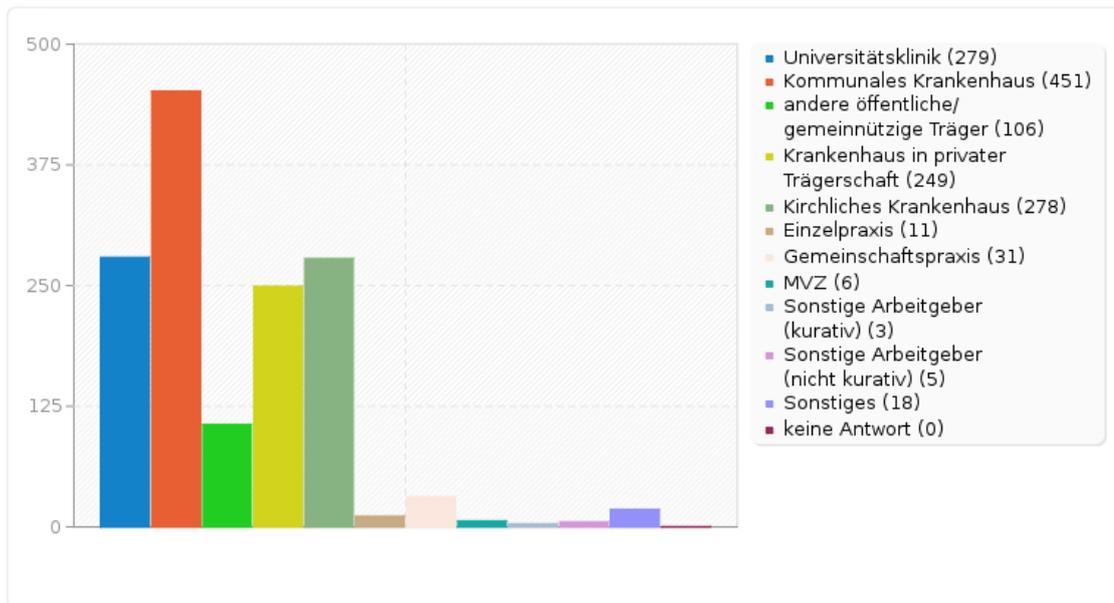
Arbeitgeber

Antwort	Anzahl	Prozent
Universitätsklinik (A1)	279	19.42%
Kommunales Krankenhaus (A2)	451	31.38%
andere öffentliche/ gemeinnützige Träger (A3)	106	7.38%
Krankenhaus in privater Trägerschaft (A4)	249	17.33%
Kirchliches Krankenhaus (A5)	278	19.35%
Einzelpraxis (A6)	11	0.77%
Gemeinschaftspraxis (A7)	31	2.16%
MVZ (A8)	6	0.42%
Sonstige Arbeitgeber (kurativ) (A9)	3	0.21%
Sonstige Arbeitgeber (nicht kurativ) (A10)	5	0.35%
Sonstiges	18	1.25%
keine Antwort	0	0.00%

ID	Antwort
77	Universitätsklinik in der Pathologie, taucht bei der Facharztauswahl nicht auf :(
113	Bundeswehr
190	Rehabilitationsklinik
269	Vardcentral schweden
466	Praxisgemeinschaft
748	BG Krankenhaus
933	BG-Klinikum
1059	karnevalsverein
1398	Reha-Klinik
1435	privatisierte Universitätsklinik
1622	Bundeswehrkrankenhaus
1691	Bundeswehr
2553	Universitätsklinik (9Monate), danach Wechsel in ein Kirchliches Haus (bis jetzt 3 Monate Erfahrung)
2587	Universitätsklinik nd gleichzeitig kirchlicher Träger
2659	BG Klinikum
2660	gGmbH
2781	Bundeswehr

Feld-Zusammenfassung für P7

Arbeitgeber



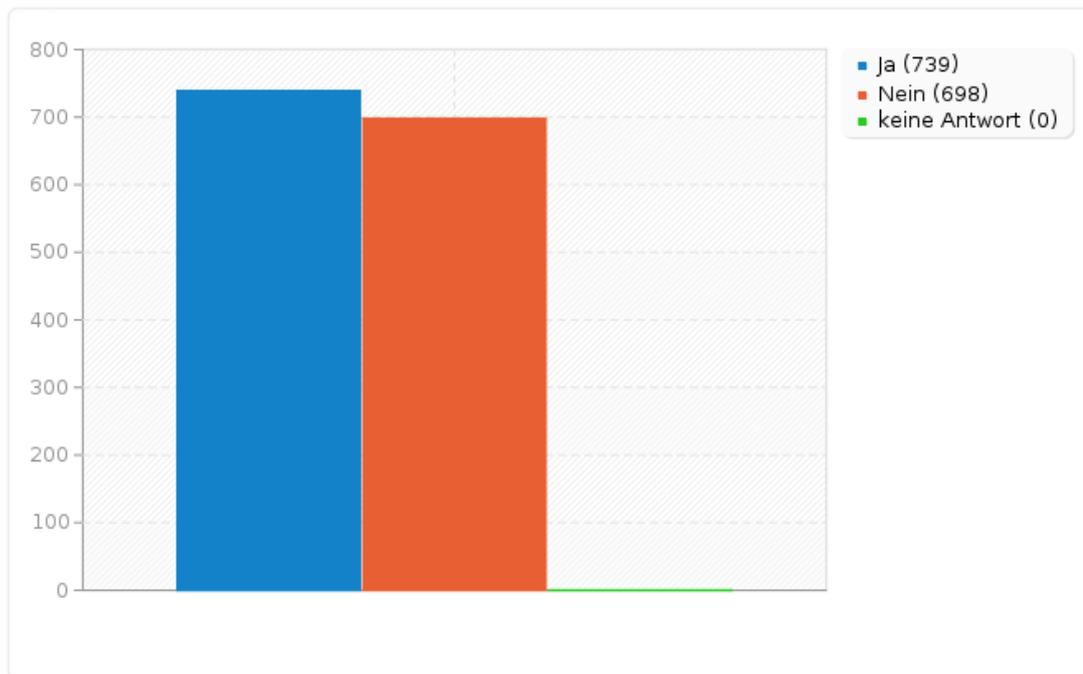
Feld-Zusammenfassung für A1

Werden Überstunden/Mehrarbeit in Ihrer Abteilung konsequent dokumentiert und vollständig anerkannt?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	739	51.43%
Nein (N)	698	48.57%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für A1

Werden Überstunden/Mehrarbeit in Ihrer Abteilung konsequent dokumentiert und vollständig anerkannt?



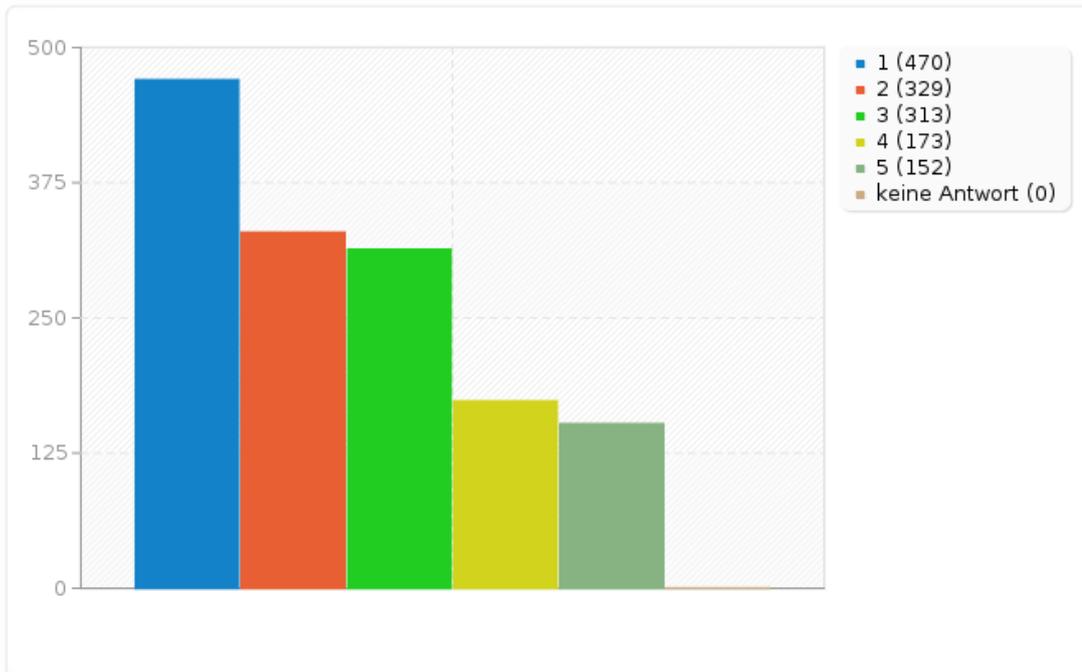
Feld-Zusammenfassung für A2

Wie kompliziert ist es, Überstunden/Mehrarbeit zu dokumentieren? Skala 1 (Dokumentation barrierefrei möglich) bis 5 (Dokumentation nicht möglich)

Antwort	Anzahl	Prozent	Summe
1 (1)	470	32.71%	55.60%
2 (2)	329	22.89%	
3 (3)	313	21.78%	21.78%
4 (4)	173	12.04%	
5 (5)	152	10.58%	22.62%
keine Antwort	0	0.00%	
Arithmetisches Mittel	0		
Standard Abweichung	0		
Summe (Antworten)	1437	100.00%	100.00%
Anzahl Fälle		0%	

Feld-Zusammenfassung für A2

Wie kompliziert ist es, Überstunden/Mehrarbeit zu dokumentieren? Skala 1 (Dokumentation barrierefrei möglich) bis 5 (Dokumentation nicht möglich)



Feld-Zusammenfassung für A21

Begründen Sie Ihre Bewertung

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	873	60.75%
keine Antwort	564	39.25%

ID	Antwort
15	test
30	Bisher wurden Überstunden unter den Tisch gekehrt. Mittlerweile unterzeichnet unser Chef die getätigten Überstunden - Geld haben wir dafür jedoch bisher keines gesehen.
32	Überstunden nicht erwünscht
34	Stempelkarte
39	Überstunden dürfen nur bis eine Stunde pro Tag aufgeschrieben werden. Überstunden nach Bereitschaftsdiensten werden nicht anerkannt.
43	Überstunden werden habschriftlich auf einen planer aufgeschrieben und ggf vom chef durchgestrichen. Von 24h diensten werden nur 8 bezahlt
47	Überstunden wetfen nicht offiziell dokumentiert und eine Regelung wonach Ü-Stunden dokumentiert und von den OÄ gegengezeichnet werden sollten scheiterte. Die OÄ verweigert die Unterschrift. Bezahlung oder Freizeitausgleich konnten bislang am Uniklinikum Dresden nicht durchgesetzt werden
51	Überstunden werden stationsintern dokumentiert mit inoffizieller Liste, Abummeln dann je nach Besetzung manchmal möglich
53	Wir stempeln beim Betreten/Verlassen des Gebäudes.
58	Überstunden müssen auf einem extra Bogen mit ausgeführten Tätigkeiten und Patienten Kürzel/Fallnummern dokumentiert werden. Das kostet mich pro Monat 30-60min zusätzliche Dokumentationszeit.
61	Die Dokumentation hat oft keine Konsequenz.
64	Alles händische schriftlich dokumentiert, muss dann wiederum von einer Kollegin in ein Programm eingepflegt werden
66	Nicht alle Überstunden werden auch genehmigt
70	Dokumentation liegt in meiner Hand, auf Vertrauensbasis
72	Überstunden werden nicht gerne gesehen. Auf der anderen Seite macht sich die Arbeit bei knapper Besetzung auch nicht von alleine.
73	Per Definition nicht vorhanden
74	Dokumentation per Zeiterfassung plus zusätzlich mehrschrittige Beantragung include. Begründung per PC
75	Gerade jungen Kollegen wird ein schlechtes Gewissen gemacht wenn sie Überstunden dokumentieren. Sie seien ja noch nicht dienstfit, da gehöre es sich nicht Überstunden aufzuschreiben. Auf der anderen Seite wir ihnen aber ebenso viel abverlangt wie den älteren Kollegen. Die Dokumentation ist jedoch relativ einfach. Es hängt eine Liste im Sekretariat.
79	Das Arbeitszeiterfassungsprogramm kann erst Überstunden ab 15 min erfassen. Wenn man in Teilzeit arbeitet und nur einen Tag verkürzt, wird dieser dennoch mit der durchschnittlichen täglichen Arbeitszeit verbucht. Eine Umkleidezeit vor der regulären Arbeitszeit wird nicht erfasst, aber erwartet. Die Überstunden müssen an einen Oberarzt gemeldet werden, dessen Aufgabe aus meiner Sicht nicht die Arbeitszeiterfassung ist. Auch kann er nicht beurteilen, ob an dem Tag eine Überstunde "gerechtfertigt" sei.
88	Keine einheitliche oder automatisierte Arbeitszeiterfassung
90	Grundsätzlich einfach durch digitales Erfassungssystem, aber teilweise auch Papierform mit Unterschrift des Vorgesetzten notwendig
96	Überstunden werden weder bezahlt noch in Form von Freizeitausgleich gewährt.
97	Ein und Ausloggen mittels Chip. Ab 18.30 Uhr jedoch automatisches Ausloggen!!
115	Kein eigener Zugang zum Stundenkonto Überstunden müssen genehmigt werden bevor die dokumentiert werden können
116	Letztens stellten wir fest, dass Überstunden nur dann vollständig anerkannt werden, wenn ein kleines Häkchen dahinter gesetzt wird. Einige hatten trotz regelmäßigem Aufschreiben nach 3 Jahren berufserfahrung nur 5 Überstunden. Durch ein nicht leicht nachvollziehbares Abrechnungsverfahren, blieb das unentdeckt.
117	Überstunden werden bei uns grundsätzlich nicht aufgeschrieben. Es wird davon

	ausgegangen, dass man keine machen muss.
120	Stechsystem für alle Berufsgruppen außer Ärzte und Pflege. Wir schreiben Zettel, die zum OA müssen. Unterschrift, Begründung, vorherige Absprache dokumentieren etc
121	Morgens keine Dokumentation als Arbeitsbeginn VOR 7 Uhr. Um 7 Uhr ist aber Visitenbeginn, und man muss ja mindestens 5-15' sich vorbereiten
131	Überstunden werden gestrichen, Dienste nicht adäquat bezahlt, Zuschläge werden nicht oder nur fehlerhaft gezahlt
135	Jede einzelne Überstunde muss explizit begründet werden. Nur Überstunden begründet durch vitale Notfälle werden anerkannt.
140	Dokumentation grundsätzlich nicht vorgesehen
146	Eine Erfassung ist nur mit speziellen Zugangsdaten möglich, welche den Assistenten nur nach viel Widerwillen überlassen werden
150	Computerprogramm mit Login zum Selbsteintragen
151	Es gibt eine Tafel, auf der jeder jeden Tag aufschreibt, von wann bis wann er da war. Bereitschaft wird zusätzlich mit abgerechnet (da man dabei nicht im Institut bleibt, sondern zu Hause ist)
160	Papierform oder Online möglich
166	Per ausgedrucktem Zettel (nicht digital), je nach Abteilung wird es durchgewunken. Aber immer mit Begründung anzugeben
168	komplikationslos auf Überstundenzettel dokumentiert
171	Man muss es begründen und extra beim Chef beantragen
180	Die Arbeitszeit wird nicht erfasst, Regelarbeitszeit ist 6.30 bis 17.30, meist jedoch länger, aber man kann das nirgends erfassen offiziell.
188	Überstunden dürfen zwar dokumentiert werden und werden auch anerkannt, aber nur bis 19:30 Uhr. Dokumentiert man bis dorthin seine Überstunden, wird die Mittagspause von 30 min automatisch um 15 min verlängert, was weit von der Wirklichkeit entfernt ist. Überstunden nach 19:30 sind ebenso keine Seltenheit.
189	Überstunden nach 17 Uhr werden vollständig gestrichen, der Rest nur anteilig gezahlt
190	Es gibt zwar ein einfaches Formular, wird aber vom Chef nicht gerne gesehen.
196	Elektronische Zeiterfassung, wird auch tatsächlich komplett genutzt, mit jeder Mehrminute.
198	Es wird gestempelt, ganz einfach
206	Erfassung mittels Ein- und Ausstechen über damit automatische elektronische Erfassung
213	Haben ein Stempelsystem mit dem die Zeit erfasst wird. Es wird am Anfang und Ende der Schicht gestempelt. Mehrarbeit wird somit dokumentiert
214	Überstunden müssen selbstständig erfasst werden und persönlich einem Oberarzt zur Unterschrift vorgelegt werden, ist alles möglich und wird auch unterschrieben, aber der Aufwand ist doch mehr, als einfach über das Stempelsystem
222	Überstunden werden Manuel erfasst, müssen begründet werden und erst noch durch den Oberarzt freigegeben werden.
225	Einfach zugängliches Programm zum Eintragen der Überstunden. Allerdings hier und da etwas holprig zu bedienen.
230	Nicht Einhaltung der Pausenzeit (zu kurz), darf nicht als ÜS notiert werden. Obwohl die Pausenzeit herausgearbeitet wird
232	Überstunden können einfach eingetragen werden, es wird aber nicht gerne gesehen. Also handhabt es jeder unterschiedlich
233	Ansagen vom Chef, dass keine Überstunden dokumentiert werden
238	Es gilt am Ende des Monats den korrigierten Stundenzettel abzugeben.
240	Erfassung noch analog
241	Zeit wird genau zwischen ein- und ausloggen aufgezeichnet
243	Elektronisches Zeiterfassungssystem ist vorhanden. Überstunden müssen trotzdem mittels Korrekturbeleg angezeigt und begründet werden.
246	Überstundendokumentation problemlos über SPExpert möglich Allerdings bei Einstellung Ansage durch OA, dass es ungern gesehen wird, wenn man Überstunden dokumentiert. Außerdem werden Überstunden angeblich erst >1h angegeben
247	Extra Programm muss gestartet werden
248	man wird automatisch nach 8 1/2 aus der Zeiterfassung ausgeloggt, Überstunden müssen dann per Mail beantragt werden und begründet werden. Wobei es generell nicht gerne gesehen wird
250	Unterschriften und Begründungen notwendig, wird aber gut bezahlt
252	Dokumentation ist zwar möglich, dennoch scheut man sich als Berufsanfänger jede Überstunde aufzuschreiben, weil man zunächst denkt, es läge an einem selbst, dass man für die anfallenden Aufgaben mehr Zeit benötigt
254	Überstunden werden nur als angeordnete Überstunden (sprich vom Chefarzt angefordert) akzeptiert. Dies zählt beispielsweise nur, wenn man Stationsdienst hat, bei dem verlangt wird, dass man früher kommt und später geht... Überstunden im OP, weil es noch 2

	laufenden OP-Säle gibt und nur ein Assistenzarzt vom diensthabenden Kollegen ausgelöst werden kann oder Überstunden, um dem Kollegen auf Station zu helfen, nachdem man selbst den ganzen Tag im OP stand und er mit 54 Patienten allein da steht und in Arbeit ertrinkt, werden einfach nicht anerkannt....
256	"Stechkartensystem" mit genauer Zeiterfassung, jedoch Gegenzeichnung der Überstunden in weiterer zu erstellender Aufstellung durch Vorgesetzten nötig um diese angerechnet zu bekommen
257	Überstunden müssen angeordnet sein, im Alltag nicht durchführbar
259	Objektives, automatisches Zeiterfassungssystem, Überstunden werden "gesammelt", Freizeitausgleich oder finanzielle Vergütung allerdings schwierig.
261	Einfache Exeltabelle zur Dokumentation und theoretisch Möglichkeit zum Ausgleichsfrei oder Verrechnung eines bestimmten anteils der Überstunden.
266	Es können zwar die Zeiten aufgeschrieben werden(Zettel) , jedoch ist eine gute Zeiterfassung nur elektronisch möglich. Solch eine wurde jedoch - bis auf in einer Klinik- in Hamburg durch asklepios nicht eingeführt.
268	wer Überstunden angibt, kommt nicht in den OP
274	Eigeninitiative
276	Die Überstunden werden in einem zeit Programm eingegeben und dies geht nur wenn der dienstplan des jeweiligen Monats frei geschaltet ist, dies funktioniert oft erst knapp einige Tage vor Monatsende. Auf der anderen seite ist der (eben erst freigeschaltete) Monat nur einige Tage in den neuen Monat hinein zugänglich.
279	Überstunden nur nach Genehmigung des zuständigen Oberarztes legitim - im Alltag nicht umsetzbar
280	Die Zeiterfassung erfolgt über einen Stempelchip und ist daher minutengenau.
283	Überstundenzettel müssen vom Oberarzt gegen gezeichnet werden, gelegentlich wird dies auch verweigert.
289	Überstunden werden nicht gerne gesehen und müssen sehr gut begründet werden.
290	Stundenzettel am Ende des Monats dokumentieren, ist fehleranfällig.
292	Überstunden dürfen nicht generell notiert werden, nur bei „allgemeiner besonderer Belastung“
294	Die Arbeitszeiterfassung erfolgt bei uns mittels ESS. Dies ist unproblematisch möglich, kostet nur selbst einiges an Zeit. Eine Stempelkarte wäre schneller.
296	Überstunden dürfen nicht dokumentiert werden.
300	Automatische Erfassung
303	Überstunden dürfen nicht dokumentiert werden, wenn 3 Ärzte auf Station arbeiten. Ansonsten werden die dokumentierten Überstunden anerkannt und in der Regel ausgezahlt.
306	Es gibt kein offizielles Formular, man erfährt nur auf Nachfrage wie Überstunden zu dokumentieren sind.
310	Überstunden werden monatlich schriftlich im Sekretariat eingereicht z.H. des zuständigen Oberarztes. Abgabe durch Bürozeiten des Sekretariats teilweise verzögert.
316	Überstunden sind offiziell nicht erwünscht und per Dienstanweisung untersagt In der Regelarbeitszeit ist jedoch die Patienten Versorgung nicht zu gewährleisten
321	Überstunden werden jeden Morgen öffentlich in der Besprechung genannt und vom leitenden Oberarzt vermerkt
322	Elektronische Arbeitszeiterfassung
324	Schriftliche Dokumentation der ARbeitszeit durch mich selbst
325	Für jeden Tag neues umständliches Formular nötig
326	Wir können Überstunden dokumentieren, sind aber angehalten nicht mehr als 10 Stunden aufzuschreiben.
330	Dokumentation erfolgt einfach in Excel-Tabelle, Auszahlung/FZA muss zäh verhandelt werden
331	Antrag muss schriftlich ausgefüllt werden, vom betreuenden oa genehmigt und erneut vom Chef genehmigt werden mit ausführlicher Begründung
333	Jeder Tag muss einzeln dokumentiert und begründet werden. Dokumentation nur auf Papierweg möglich.
337	Überstunden gibt es nicht, aber Mehrarbeit wird bis auf 0,25h auf der Stundenabrechnung angegeben und geht ins Arbeitszeitkonto, wo es durch Freizeitausgleich auch wieder vergolten wird.
338	Handschriftlicher Eintrag in den Aushängenden Dienstplan, Übernahme durch den verantwortlichen OA in die Stundenabrechnung
340	Es wird nur 1 Überstunde am Tag anerkannt, alles darüber hinaus wird gestrichen.
342	Überstunden unter einer Stunden dürfen nicht dokumentiert werden, müssen immer Gründe mitangegeben werden, viele Gründe/Überstunden werden nicht akzeptiert (Überstunden aufgrund von Briefeschreiben, lange Chefarztvisite am Ende des Nachtdienstes, Einarbeitung auf neuer

	Station, Fortbildungen, ...)
345	Elektronische Zeiterfassung
347	Stunden werden per Excel Tabelle notiert und am Monatsende vorgelegt. Sofern sich mehr als insgesamt 50h angesammelt haben, werden diese vom Chefarzt nicht mehr unterschrieben und müssen abgebaut werden. Erst bei einer Ü-Stundenzahl unter 50 werden diese dann wieder abgezeichnet.
349	Extra kompliziert und analoge Erfassung. Keine Kontrolle was genehmigt wird. Inoffizielles Limit auf 1,5 Überstunden am Tag
351	Handschriftliche Dokumentation auf Zettel, der öffentlich auf Station aushängt und eigentlich vom Oberarzt genehmigt werden soll, dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein (ich bin erst seit Oktober in dieser Klinik). Zusätzlich Eintrag im Zeiterfassungsprogramm notwendig, keine automatische Zeiterfassung (stempeln).
352	Chip-System mit Registrierung des Arbeitsbeginn und Arbeitsende
354	Werden nicht vergütet
355	Man kann Überstunden selbst auf einen Zettel aufschreiben, viele Kollegen tun dies jedoch nicht. Die Überstunden werden registriert, jedoch gibt es regelmäßige Ansagen, dass wir zu viele Stunden vor uns her schieben und dass sich dies ändern müsse. Dass niemand freiwillig länger bleibt und die Arbeit nicht in der Regelarbeitszeit zu schaffen ist wird weder thematisiert noch geändert. Es gibt keine elektronische Zeiterfassung.
356	Stechuhr.
357	Analoge Erfassung im Kalender
360	Dokumentation auf Formular mit Begründung, Unterschrift des zuständigen Oberarztes einholen, dann Weitergabe an Chefarztsekretariat, Unterzeichnung durch Chefarzt, dann Weitergabe an Betriebsrat, schließlich elektronische Dokumentation durch Chefarztsekretariat
362	Elektronische Zeiterfassung
363	Durch Dienste werden wieder Überstunden abgezogen, das System versteht keiner
368	Das Arbeitszeit-Dokumentationsprogramm ist sehr umständlich zu bedienen
374	Es gibt keine einheitliche Regelung: Manche Kollegen erstellen formlose Excel-Tabellen und dokumentieren die Zahl der täglichen Überstunden mit einer Begründung. Einige verzichten gänzlich darauf. Jedoch gibt es kein Feedback, welche Konsequenz die jeweilige Excel-Tabelle hatte.
380	Arbeitszeit wird zwar elektronisch mittels Stechuhr erfasst, Überstunden müssen jedoch per Hand in einer Tabelle zusätzlich mit Angabe von Gründen erfasst werden, ansonsten werden sie vom zuständigen Oberarzt genullt.
381	Überstunden können nur bis zu 8er höchstarbeitszeit von 10 h pro Tag dokumentiert werden, darüberhinaus kann nicht erfasst und folglich weder bezahlt noch ausgeglichen werden.
382	Stechuhren
383	Überstunden gibt es nicht wenn man nur wichtige Dinge tut...hahaha
384	Eintragen von Überstunden über 18.15 Uhr hinaus erfordert gesonderte schriftl. Stellungnahme. Es erfolgt eine Nachbearbeitung mit Eintragung zusätzlicher Pausen durch das Personalwesen bei Arbeit über 16:30 Uhr hinaus. Somit werden 15min von der Arbeitszeit ohne Hinweis abgezogen.
385	manuelle Eintragung in eine Excel-Tabelle. Umlagerung der Überstunden auf mehrere Tage, damit die Ruhezeiten auf dem Papier auch eingehalten werden..
386	Elektronische Zeiterfassung, zstl schriftliche Antragstellung, Umlegung der Überstunden im persönlichen und auf schriftlichem Wege bei Arbeitszeitüberschreitung
387	Sie werden aus Prinzip nicht erfasst.
390	Doku per Chip, Es werden nur 2h /d anerkannt. Zeit zum Abbummeln gibt es nicht
391	Falls bei uns Überstunden anfallen kann man sich einfach mal einen Freitag freinehmen. Aber eigentlich dokumentieren wir es nicht
396	Aktivstunden in Bereitschaft werden nicht anerkannt
403	Überstunden müssen vom Assistenzarzt selbst dokumentiert werden, die Dokumentation muss dann aber vom jeweiligen Oberarzt der Station abgezeichnet werden, damit die Überstunden auch anerkannt werden. Manche Oberärzte verweigern diese Unterschrift aber mit der Begründung, dass man ja nur zu langsam gearbeitet habe.
405	Überstunden werden tlw nicht genehmigt
407	Es gibt ein elektronisches Zeiterfassungssystem, allerdings werden zu Beginn und Ende der Arbeitszeit 30 bzw. 20 Minuten nicht als Überstunde gewertet. Auch durchgearbeitete Pausen werden nicht erfasst.

419	Dokumentation nicht erwünscht bzw. dokumentierte Überstunden werden nicht freigegeben. Überstunden müssen vorher angeordnet sein
423	Wir haben einen Chip zur Zeiterfassung, müssen aber die länger dagebliebene Zeit extra per Hand im Computer nachtragen um sie dann einzeln vom Chef genehmigen zu lassen. Meist klappt das auch (nur wenn man zu oft zu lange bleibt kann es passieren dass nicht alle Überstunden genehmigt werden), aber es ist ein relativ großer Mehraufwand und teilweise bleibt einem für die Zeiterfassung nur Zeit nach der Arbeit übrig wodurch man erneut 20-30 Minuten Überstunden macht nur um die Überstunden genehmigen zu lassen.
425	einfache Dokumentation auf Stundenzettel, bisher Genehmigung ohne Probleme
427	Überstunden dürfen von Mitarbeitern aufgeschrieben werden und werden dann auch anerkannt. Jedoch ist es Konsens erst ab einer halben Stunde zu dokumentieren. Es wird also nicht wie beispielsweise der elektronischen Zeiterfassung jede Minute erfasst, sodass doch viele nicht dokumentierte Stunden anfallen.
428	Wir stempeln uns elektronisch ein und aus. Alles Überstunden erscheinen auch auf der monatlichen Abrechnung.
430	Dokumentation in Papierform, im Anschluss Unterschrift durch diensthabenden Oberarzt.
435	Überstunden werden zwar durch ein- und ausloggen erfasst, aber bei Überschreiten einer bestimmten Zeitgrenze einfach abgeschnitten
436	Nach Diensten werden keine Überstunden anerkannt. Die entstandenen Überstunden müssen dann auf andere Tage verteilt werden.
439	Wir haben Vertrauensarbeitszeiten, sprich wir teilen der Personalbeauftragten unsere Arbeitszeiten mit. Das geht ziemlich problemlos. Sobald man in den roten Bereich für Überstunden rutscht, wird möglichst schnell nach einer Lösung (in meinem Fall Auszahlung des Bereitschaftsdienst) gesucht, damit der Betriebsrat nicht meckert.
441	ESS - Online-Zeiterfassungsprogramm
445	Überstunden dürfen nicht dokumentiert werden
446	Stechuhr
447	Jede Überstunde muss per Mail begründet und vom Dienstplaner händisch abgesegnet und eingegeben werden.
450	Es gibt je nach Station nicht mal ein Formular o.ä., womit man Überstunden notieren kann. Auf einer vorherigen Station konnte man auf dem Dienstplan die Stunden notieren. Als ich dies mit jeder dritten Überstunde tat, wurde ich zum Gespräch mit dem Oberarzt gebeten: dieser fragte mich was das sein sollte. Als ich ihm erklärte das ich nur jede dritte Überstunde dokumentiert habe, fragte er mich warum ich als Einziger meine Arbeit nicht in der Arbeitszeit schaffen würde? Ich erklärte, dass die anderen doch ebenfalls länger bleiben und er das doch wisse und täglich sehen würde. Er zeigte auf den Dienstplan und fragte: "Ich sehe hier nur Deine Überstunden!" Falls ich weiter Überstunden notieren würde, müsste ich damit rechnen dem Chef erklären zu müssen, warum ich meine Arbeit nicht in der Arbeitszeit schaffen würde.... Pausen werden pauschal abgezogen, auch wenn auf der ITS gar keine Pausen machbar sind....
451	Chef erkennt meiste Überstunden nicht an bzw. es ist ein Vabanquespiel, so viele Überstunden einzutragen, von denen die gemacht wurde, ohne des Zorn des Chefarztes nicht zu reizen.
452	Überstunden müssen am Monatsende dem Dienstplanverantwortlichen zugespielt werden, nur dieser hat die Möglichkeit, Überstunden einzutragen
453	In der kleinen Praxis gibt es keine standardisierte Zeiterfassung, aber auch selten Überstunden. Meist kommt es im Gegenteil zu längeren Pausen, sodass evtl. Überstunden "automatisch" ausgeglichen werden.
455	Stundenzettel als Vorlage im Intranet verfügbar, von Hand oder am PC auszufüllen (Arbeitsbeginn, Ende, Pausendauer, Überstunden mit Begründung, bei Rufbereitschaft Aktivzeiten); wird dann an die Sekretärin weiter gegeben zum ausrechnen, danach unterschreibt der Chef ob alles so anerkannt wird (oder nicht).
456	Überstunden müssen am anfallenden Tag vorher vom Oberarzt genehmigt werden. Sehr hohe Hemmschwelle, meist auch mit abfälligem Kommentar nicht genehmigt.
460	Ich kann die vollständige Dokumentation nicht nachvollziehen. Zudem ist die Abgabe des Überstundenzettels im Sekretariat bis zum nächsten Tag 12.00 Uhr sehr umständlich. Zudem werden immer nur wenige Überstundenzettel mitgegeben, sodass man regelmäßig wie ein Bittsteller nachfragen muss.
461	Eingabe in das Computersystem sowie auf Papier, dies muss von einem Oberarzt abgezeichnet werden und danach dem Oberarzt, der für Überstunden verantwortlich ist, vorgelegt werden.
464	Kann meine Arbeitszeiten selbst in eigener Excel-Tabelle dokumentieren und am Ende des Monats einreichen, jedoch ist es schwierig nachzuverfolgen, ob alle Überstunden auch richtig verrechnet wurden

470	Überstunden werden zwar erfasst, jedoch erst nach Beantragung und anschließender Freigabe durch Oberarzt und Personalabteilung als solche anerkannt.
471	offiziell Stempelsystem, aber Überstunden, die anerkannt werden sollen, müssen vorher genehmigt werden
482	Überstunden dürfen nur aufgeschrieben wenn sie von Chef angeordnet sind. Dazu muss der Chef ein Formular ausfüllen
489	Dokumentation für persönliche Interessen ist möglich, wird aber offiziell nicht anerkannt.
492	Dokumentation muss täglich selbstständig erfolgen und im Anschluss bei den Vorgesetzten vorgelegt werden.
493	Jede Überstunde muss vom zuständigen Oberarzt/Ärztin und Chefarzt/Ärztin gegengezeichnet werden. Je nach Person muss man sich für die jeweiligen Überstunden rechtfertigen. Das mündet oft in unangenehmen Situationen.
494	Die Dokumentation ist problemlos über einen Bogen, der zum Monatsende abgegeben wird möglich, das heißt leider nicht das alle Überstunden angenommen werden.
496	Einfach aufschreiben und einreichen
499	Überstunden werden nicht erfasst und dürfen nicht aufgeschrieben werden.. Werden nicht akzeptiert.
500	Keine Dokumentation durchgeführt Überstunden werden nicht erfasst.
505	Digitales Zeiterfassungssystem - jedoch müssen Überstunden beantragt und freigegeben werden - und freigegeben wird aktuell nicht.
509	In unserer Abteilung wird pauschal eine Überstunde pro Tag vergütet. Dies deckt die geleisteten Überstunden leider bei weitem nicht ab.
513	Umständliche Dokumentation über einzelnes Papier, das täglich oder wochenweise abgegeben werden muss. Dafür wird alles anerkannt und im Dienstplan eingerechnet.
516	Jede Minute Arbeit wird gestempelt
520	Man kann sie aufschreiben, aber es ist nicht gerne gesehen.
525	Überstunden werden aufgeschrieben müssen aber vom OA gegengezeichnet werden
528	Handschriftlich statt digital, sonst Note 1
535	Fehlende Zeit für Mittagspause wird nicht berücksichtigt. Es werden immer komplette 30 Minuten abgezogen. Bei Dienst länger als 10 Stunden automatischer Abzug von längerer Pausenzeit.
536	Keine reale Zeiterfassung möglich.
539	Man wird angehalten "nicht so viele Überstunden zu machen", was dazu führt, dass man nicht immer alle Überstunden/ die ganze Zeit dokumentiert.
540	Fairer Chef
541	Des Öfteren kommen erst nach 2 Monaten Rückfragen, warum "so viele" Überstunden an Tag X entstanden sind und deren Wahrhaftigkeit wird dann in Frage gestellt, wenn man dies nicht belegen kann.
543	Eintragen der täglichen Arbeitszeit in Übersichtsdatei möglich
545	Zwischen 7.15 und 18 Uhr werden Überstunden durch die Stempeluhr erfasst, danach und davor nicht. Wenn Überstunden außerhalb dieser Zeit anfallen muss händisch ein Zettel ausgefüllt und vom entsprechenden Oberarzt oder Chef unterschrieben werden. Das wird zunehmend weniger akzeptiert (nicht von unserem Chef aber von der Personalabteilung).
546	Es gibt in unserem Haus keine Überstunden.
549	Trotz elektronischer Arbeitszeiterfassung für Pflegekräfte, wird diese für Ärzte einfach nicht eingeführt. Die Dokumentation erfolgt also nur durch den Arzt selbst, der die Überstunden dann einzeln rechtfertigen muss und nur selten anerkannt und ausgeglichen bekommt.
552	Es gibt keine Zeiterfassung oä
555	im Haus insgesamt unterschiedlich: Teilweise Zeiterfassung per Chip-System, teilweise zusätzliches Programm mit anderem Login am PC-Arbeitsplatz, teilweise Erfassung auf Zetteln
560	Dokumentation erfolgt durch Arbeitnehmer selbst. Die Mehrarbeit wird in der Regel problemlos anerkannt.
564	Dokumentation muss handschriftlich verfasst werden und wird dann in offizielles Formular übertragen.
566	Überstunden werden zum Teil gelöscht im System der elektronischen Arbeitszeiterfassung
568	- Überstunden müssen im Nachhinein vom Oberarzt genehmigt/ bestätigt werden, können also theoretisch nicht anerkannt und gestrichen werden. - bei mehr als 10 h dokumentierten Arbeitsstunden pro Tag, wird man aufgefordert, die Stunden auf mehrere Tage zu verteilen, um die zulässige maximale Tagesarbeitszeit nicht zu überschreiten. Wenn man jeden Tag > 10 h arbeitet, kann dies also nicht erfasst werden.
576	Überstunden muss man selbst aufschreiben, werden nirgends sonst dokumentiert. D.h. es gibt keinen offiziellen Nachweis.
577	Erfassung der Überstunden ist dank elektronischem Portal unkompliziert, muss dann aber

	noch oberärztlich genehmigt werden - was oftmals scheitert.
579	Ausführliche Begründung für jede Überstunde nötig
584	Überstunden sollen täglich vom diensthabenden OA erst "erlaubt" werden, dabei stehen fast täglich Überstunden an. Die Dienstbesprechung erst am frühen Nachmittag und endet häufig erst 15.30 Uhr, danach müssen dann noch die Pat für den nächsten OP Tag vorbereitet werden und Entscheidungen aus der Besprechung umgesetzt werden. Dienstschluss ist offiziell 15:45Uhr Z.T. werden Überstunden nicht anerkannt, wenn schon sehr viele eingereicht wurden, mit der Begründung zu langsames Arbeiten ist kein Grund für Überstunden. Natürlich bei permanenten Personalmangel.
586	Überstunden werden nicht anerkannt. Die Arbeit muss geschafft werden, egal wie lange man braucht.
588	- Zeiterfassung über Transponder --> am Monatsende Ausdruck über die Zeiten, die dann nochmal geprüft und ausgerechnet werden müssen
590	Dokumentation formal möglich, bei Dokumentation allerdings Druckaufbau von Seiten der Verwaltung, dass Überstunden nicht gewünscht seien. Es kam der Vorschlag, auszustempeln und weiterzuarbeiten. Stempelzeiten werden vom Zeitmanagement ohne Rücksprache/Information gekürzt.
593	Ich weiß gar nicht, wo das möglich sein sollte. Bislang habe ich Überstunden mündlich mit meiner Oberärztin ausgeglichen. So konnte ich an manchen Tagen früher gehen oder später kommen. Aber das basierte auf Vertrauen.
595	Die Dokumentation erfolgt durch die Mitarbeiter eigenständige, wird jedoch nicht von allen Chefärzten unterschrieben/akzeptiert.
598	Handschriftlicher Stundenzettel, vom Abteilungsleiter wird jedoch vorab "festgelegt", dass maximal 15 Überstunden aufgeschrieben werden dürfen. Auch wenn beispielsweise 25 angefallen sind ...
599	"Zu viele" aufgeschriebene Überstunden sollen nicht sein, als Anfängerin weiß ich nicht, wie viele an meiner Langsamkeit liegen. Wenn ich auf anderen stationen vertrete, oder durch Visitenumstrukturierung durch vertretende Oberärzt_innen Mehrarbeit entsteht, dokumentiere ich sie, obwohl auch das von der Gewinnüberwachung natürlich nicht gewünscht ist.
601	Überstunden werden durch Ärzte eigenständig eingetragen und durch leitende Ärzte kommentarlos akzeptiert. Lediglich positive Rücksprache bei hohem Überstundenaufkommen bezüglich Hilfestellung.
609	Chef möchte keine Überstunden anmelden.
614	Überstunden einfach einzugeben
615	Erfassung auf einem Formularvordruck. Genehmigung durch Oberarzt oder Chefarzt mit Unterschrift, meist unkompliziert, wenn vernünftig und detailliert begründet. Dann Übertragung in ein digitales Dienstplanprogramm. Punktabzug gibts nur wegen fehlendem Feedback obs auch wirklich eingetragen ist.
617	Überstunden in der Einarbeitung werden grundsätzlich nicht aufgeschrieben. Nicht alle Kollegen schreiben Überstunden grundsätzlich auf. Wenn Überstunden aufgeschrieben werden, dann werden sie auch anerkannt. Der Chefarzt erklärt uns immer wieder, dass wir in der Abteilung zu viele Überstunden haben. Dies würde ich als indirekte Aufforderung verstehen, Überstunden nicht aufzuschreiben.
618	Prinzipiell dürfen Überstunden notiert werden, sind jedoch nicht gerne gesehen und Webb Kollegen auf meiner Station diese nicht aufschreiben, mache ich das auch nicht.
619	Wird schlicht und einfach nicht gemacht, da nicht erwünscht
623	Überstunden werden je nach Arbeitspensum erwartet, aber eine Dokumentation der Überstunden ist verboten.
629	Zusätzlich zur Beantragung am pc Formular ausfüllen
630	Stempeluhr sowie Unterschrift des oberarztes auf Dienstzeitzettel
632	Stechkarte
633	falls länger als 10 Stunden pro Tag gearbeitet werden muss, darf dass nicht über die elektronische Zeiterfassung dokumentiert werden und muss über schriftliche Korrekturbelege auf andere Tage verrechnet werden
637	Privat geführte Dokument di dann an den OA gegeben werden. Es erfolgt keine regelmäßige Rückmeldung wieviele es sind.wir haben jeden Monat 8 Stunden/einen Tag frei. Die tatsächlichen Stunden sind aber deutlich mehr. Mein Konto ist so im roten Bereich das weitere nicht dokumentiert werden.
641	ich habe genug Puffer, um Überstunden in der Arbeitszeit zu machen, da ich einen Nachmittag freigestellt bin für Papierkram bzw. Weiterbildung. Mehr "Überstunden", als wie ich an diesem Nachmittag arbeiten würde, mache ich nicht.
642	Stempeluhr vorhanden
644	Bis zu 2 Stunden täglich werden durch "ein- und ausstempeln" als Überstunden erfasst und

	entweder bezahlt oder als Freizeitausgleich (selten) beglichen. Alles, was über diese zwei Stunden geht, wird nicht registriert. Theoretisch könnte man, wenn man doch länger bleibt, einen Antrag schreiben, mit Begründung, warum man länger bleiben musste. Anerkannt wird dort jedoch nur ein absoluter Notfall. Wenn ich zum Beispiel noch Briefe diktieren oder abarbeiten muss, weil ich es in der regulären Arbeitszeit einfach nicht geschafft habe (viele Entlassungen/Aufnahmen, Notfälle), wird dies nicht anerkannt.
645	Dokumentation wäre möglich, aber wer "zu viele" Überstunden aufschreibt kriegt Probleme (und sehr wahrscheinlich keinen neuen Vertrag). Ich schreibe von 100 geleisteten Überstunden im Schnitt ca. 1 h auf und bin damit noch gut im "sicheren" Bereich.
647	Möglich über selbst geführten Stundenzettel schon. Aber die tatsächlich geleisteten Überstunden würden nicht akzeptiert.
651	Müssen beantragt und vom Vorgesetzten genehmigt werden. Diese Genehmigung wird mit "fehlendem Engagement" geächtet.
654	Bogen ausdrucken, ausfüllen, weiterreichen
655	Nur inoffiziell Dokumentation in Excel File, das von jedem bearbeitbar und veränderbar ist. Offiziell werden immer 0 Überstunden gegenüber dem Arbeitgeber angegeben.
658	Erst letztlich kam eine E-Mail vom Chef, dass die Regelarbeitszeiten einzuhalten seien und dass er in Zukunft keine Zeitarbeitsnachweise mehr unterschreiben würde, wenn ihm auffalle, dass man regelmäßig auch an Tagen länger bleibe, wo die die Besetzung gut ist. Auf der Allgemeinpädiatrie ist es trotzdem manchmal auch in "guter" Besetzung nötig länger zu bleiben.
659	Das bestehende System ist den meisten unbekannt. Das alternative Zettelsystem wird vom Oberarzt überwacht. Wer zu viele Überstunden dokumentiert, wird angezählt, denn „wenn man sich gut organisiert, fallen keine Überstunden an“...
661	Es mussten extra Zettel ausgefüllt werden zur Begründung der Überschreitung der Arbeitszeit (die per Stechkarte dokumentiert wurde) und diese musste vom Chefarzt genehmigt werden. Manchmal tauchten diese dann in der Abrechnung anderer Kollegen nicht korrekt wieder auf.
663	Zeiterfassungssystem
671	Mehrarbeit muss durch zuständigen Oberarzt bestätigt werden. Handschriftliche Dokumentation, keine elektronische Erfassung
673	Die meisten Kollegen dokumentieren nicht alle Überstunden. Die Überstunden müssen mit Begründung im PC dokumentiert werden und anschließend vom leitenden Oberarzt anerkannt werden.
674	Nur zeitdokumentation möglich, keine Möglichkeit für schriftliche grundangabe
675	Stundenerfassungszettel in Konferenzzimmer
679	Überstunden werden von den Betroffenen aufgeschrieben (Überstundenzettel) Je nach Person werden diese konsequent aufgeschrieben, oder dem Arbeitgeber werden Zeiten geschenkt.
683	Es besteht ein inoffizieller Druck, max. 2 Überstunden aufzuschreiben. Theoretisch ist es möglich, praktisch nicht. Derjenige, der die Überstunden überträgt, ist angehalten, sie "arbeitsgesetzkonform" zu übertragen.
687	digitale Zeiterfassung
689	24h - Dienste (teilweise bis 27h) mit anschließendem "Freizeitausgleich", Dokumentation erfolgt tabellarisch durch mich selbst - ohne eine Einweisung welche Dienstform (Bereitschaftsdienst/reguläre Tagschicht/Wochenendarbeit/Feiertagsarbeit) entsprechend anzugeben ist aktueller Arbeitszeitrnachweis erfolgt in Schriftform (abgeschaut bei erfahreneren Assistenzärzten) eine genaue Arbeitszeiterfassung z.B. mittels Chipschlüssel ist im Haus nicht installiert
690	Überstunden werden auf dem monatlich auszufüllenden Dienstabrechnungszettel angegeben.
692	Überstunden werden per se handschriftlich für jeden einzelnen Mitarbeiter dokumentiert und am Monatsende vom Chefarzt unterschrieben. Da wir permanent sowohl ärztlich unterbesetzt arbeiten, als auch nur ineffektiv bis gar nicht durch Arzhelferinnen unterstützt werden, fallen natürlich Überstunden an (z.B. Weil wir auch noch Tätigkeiten, wie abheften der Akten erledigen müssen, wofür weiß Gott kein 6jähriges Studium notwendig gewesen wäre). Für die Stunden muss man sich jedoch jeden Monat rechtfertigen. Zuletzt gab es eine schriftliche Ansage der Geschäftsführung an die Chefs keine Überstunden mehr zu unterschreiben, da zu viele Mitarbeiter im roten Bereich seien. So wird die Statistik geschönt. An die Aufstockung der Assistentenstellen denkt als Lösung natürlich niemand.
693	Überstunden dürfen selbst aufgeschrieben werden.
695	Die Dokumentation macht keine Probleme, jedoch werden in den Übersichten einfach Stunden abgezogen, auf Nachfrage erhält man keine Antwort Sie sind einfach weg

696	Elektronische Zeiterfassung, es ist jedoch nicht transparent bei welchem Dienst wieviel Stunden anerkannt werden.
697	digitale Zeiterfassung
698	Man muss die Überstunden aufschreiben und kurz begründen, der Chef unterschreibt sie aber immer
699	Eintrag in eine Exceltabelle, die Überstunden werden erfasst und dann mit einem sehr seltsamen Lohn (2,50 Euro brutto pro Stunde) vergütet.
700	elektronische Zeiterfassung
704	Digitale Zeiterfassung
707	Überstunden müssten vom Chef gezeichnet werden, was nicht erfolgt
709	In meiner derzeitigen Rotation ist eine elektronische Dokumentation möglich. In meiner Stammklinik ebenfalls, jedoch gibt es starken Druck nur moderat zu dokumentieren.
710	Ein Anruf beim diensthabenden Oberarzt/-in oder Chefarzt/-ärztin ist erforderlich. Dann nach Genehmigung allerdings problemlose Anerkennung.
713	Es ist sehr leicht die Überstunden einzutragen in unserem System. Leider werden Überstunden nicht gewünscht daher ist die Hemmschwelle Überstunden einzutragen sehr groß. Auch stellt sich die Frage wann ist es eine Überstunde und wann ist es „freiwillige“ Mehrarbeit zugunsten der Facharztausbildung?!
723	Überstunden werden nicht dokumentiert und vergütet
724	Bis zwei Stunden kann die Chefsekretärin Überstunden eintragen.
728	Wir können Überlastungsanzeigen stellen, aber darauf kommt nie eine Reaktion
745	Stempelsystem, kein automatisches Streichen
747	Es gibt eine Stechuhr.
748	Kompliziert ist es nicht. Das läuft über eine chipkarte. Es werden aber nur die Überstunden abends bis 19 Uhr anerkannt. Morgens komme ich eine Stunde früher, abends gehe ich i.d.R. gegen 21 Uhr, sodass ich auf ca. 3 unbezahlte Überstunden am Tag komme. Sonst ist die Arbeit nicht zu schaffen oder die Patientenversorgung leidet.
751	Es wird automatisch dokumentiert, leider aber häufig fehlerhaft
753	Es gibt kein Zeiterfassungssystem.
757	Jeder dokumentiert seine Überstunden selbstständig
760	Ein- und Ausloggen via Chip
762	Stundenzettel wird eigenständig ausgefüllt und vom OA abgeseget
763	elektronische Zeiterfassung, ggf. manuelle Korrektur problemlos möglich
766	Sie werden jeden Monat handschriftlich erfasst und auf einen Überstundenkonto gezählt.
771	Wir machen allgemeinen wenig Überstunden, es wurde aber nie eindeutig erklärt, warum man die nicht aufschreiben sollte, falls man welche macht.
774	Kein Dokumentationssystem, allenfalls inoffizielle Dokumentation über die Rufdienstabrechnung
785	Mehrarbeit wird erwartet und eine Dokumentation nicht gerne gesehen. Außerdem ist dies bei der Einstellung bereits vertraglich festgehalten, dass man Mehrarbeit ohne Bezahlung leisten muss.
787	Handschriftlich auf einem Zettel mit Begründung was man gemacht hat, dann dem CA vorlegen, dieser überträgt es in den PC, wenn er einverstanden ist.
794	Darf nur zusammen mit Patientenfallnummer angegeben werden
798	Liste mit Begründung an oa
803	Elektronisches Zeiterfassungssystem + Korrekturbeleg
806	Doppelte Dokumentation
816	Dokumentation von Überstunden ist "nicht üblich".
817	Keine Dokumentation oder Bezahlung von Überstunden, es werde keiner fürs langsam arbeiten bezahlt.
820	Wir dürfen keine Überstunden aufschreiben - somit ist es nicht möglich.
829	Überstunden müssen begründet werden mit zb reanimation, einfach mehr Arbeit zu viel Patienten etc gilt nicht
830	Wir dokumentieren selbst
831	Sp Experte ist ein unpraktisches Programm
840	Bei uns werden alle Überstunden dokumentiert und in Freizeit oder Geld ausgeglichen
842	Überstunden nach 24 Stunden Bereitschaftsdienst dürfen nicht dokumentiert werden.
845	Kein automatisches Zeiterfassungssystem. Überstunden müssen selbstständig eingegeben werden
848	Digitale Zeiterfassung
849	Eintrag im Arbeitszeitkonto im pc
851	Die Überstunden müssen im spexpert und bis 3 Tage nach anfallen der Überstunden schriftlich beim Chef dokumentiert werden
852	gebuchte Arbeitszeit wird zwar elektronisch erfasst, jede "Minute" Mehrarbeit muss jedoch

	gesondert elektronisch beantragt werden
856	keine Überstundenerfassung
860	Arbeitszeiterfassung zwar mit Chipsystem, dabei allerdings nur eine Stunde als Überstunde erfasst. Darüber hinaus geleistete Mehrarbeit kann ggf. nachträglich genehmigt werden.
869	Keine Personalzeiterfassung, daher keine Dokumentation der realen Arbeitszeit möglich
870	Überstunden sind laut Chef Verboten
871	Nur schriftlich möglich und häufig nicht anerkannt.
876	Excell Tabelle
877	Automatisches Ein- und Ausloggsystem
879	wird im Dienstplan vermerkt
880	Überstunden müssen erst durch oa genehmigt werden
887	Die Überstunden müssen schriftlich begründet beim Chef eingereicht werden. Der Chef beschwert sich regelmäßig wenn er Zettel vorgelegt bekommt, zu geringe Zeiten unter 30 Minuten und auch andere Zeiten werden nicht anerkannt.
888	wir haben ein elektronisches Zeiterfassungssystem, sodass Überstunden erfasst werden. Allerdings werden zu einem Stichtag alle Stunden über 40 ersatzlos gestrichen! Man muss diese also vorher abgebaut haben, sonst verfallen sie. der abbau ist aber nicht immer garantiert
889	Was sind Überstunden? Ich habe einen Chef alter Schule.
895	Alles wird am Ende des Tages dokumentiert
896	Wir haben eine eletronische Stechuhr, die Ein- und Ausstempelzeit auf die Minute dokumentiert. Mein Zeitbeauftragter gibt alle geleisteten Arbeitstunden frei.
899	Jeder muss seine Überstunden selbst dokumentieren (SP Expert). Praktische Stechkarten gibt es nicht.
901	Keine Einsicht in Dokumentation
903	Viel Nachtelefonieren....
910	Es gibt eine Zeiterfassung, die man monatlich abzeichnet. Die darauf vermerkten Überstunden werden jedoch auf einem zweiten Abrechnungszettel nicht erfasst und müssen separat beantragt werden. Wenn man also 5 min später kommt, wird es sofort erfasst und abgezogen. Wenn man bspw 5 oder 25 min länger bleibt, muss man das beantragen. So kurze Zeiten zu vermerken sind aber nicht gerne gesehen. Ab 30 min ist es aber oft kein Problem. Klinikinterne Fortbildungen die nach der Dienstzeit sind, dürfen allerdings nicht aufgeschrieben werden.
917	Überstunden werden auf Vertrauensbasis erfasst und an die Sekretärin weitergegeben, welche diese einträgt.
922	Bislang selbstständig geführte Liste auf Vertrauensbasis. Demnächst jedoch elektronische Erfassung.
924	Die Überstunden werden mittels eines elektronischen Kalenders am PC durch eigene Eingabe des Mitarbeiters dokumentiert, Begründungen für die Überstunden können im Freitext angegeben werden. Einfacher ist lediglich eine direkte elektronische Zeiterfassung mittels Chip wie ich sie aus meinem vorherigen Krankenhaus kenne.
927	wird in den Dienstplan direkt eingetragen und genehmigt.
931	ATOSS/SP Expert
933	Elektronische Zeiterfassung + Korrekturbelege zur Begründung von Mehrarbeit >15min
936	Elektronische Erfassung.
937	Es war schwer sich gegen die Oberärztin durchzusetzen, dass wir online die Überstunden eingeben, sie wollte das immer händisch in einen Plan eintragen
938	Wir stempeln, die Zeit wird aber ab 17 Uhr automatisch gekappt. Stunden nach 17 Uhr müssen schriftlich mit Begründung beim Oberarzt beantragt und von diesem unterschrieben werden. Überstunden werden außerdem jeden Monat neu auf maximal 80 gekappt. Es müssen also jeden Monat die Überstunden die über 80 sind, zb 130 Überstunden insgesamt, dann müssen die 50 die gekappt wurden, schriftlich beantragt werden (muss vom Chef genehmigt werden bis es in die Personalabteilung geht!)
946	Es bedarf einer Anerkennung durch einen Oberarzt und danach des Chefs. Dieser akzeptiert nicht alle Überstunden. Überstunden dürfen nur durch direkten patientenkontakt entstehen. Nicht durch Bürokratie
956	Chefarzt unterstützt Dokumentation, eigentliche Dokumentation mäßig aufwändig
962	Werden selber in dientsplan eingetragen
965	Es gibt kein Zeiterfassungssystem. Überstunden müssen den Sekretärinnen mitgeteilt und vom zuständigen Oberarzt abgezeichnet werden. Das geht meist nur mit einer Rechtfertigung einher.
968	Elektronische Zeiterfassung
969	Begründung für Überstunden muss angegeben werden, wenn diese in den Augen des Vorgesetzten nicht hinreichend ist, wird die Mehrarbeit nicht anerkannt.
972	Gleitzeitsystem. Früheres Einloggen und späteres Ausloggen wird erfasst.

976	Durch den Wechsel der Geschäftsführung sollen die bestehenden ÜS abgebaut werden und keine "neuen" entstehen. Mann kann diese zwar aufschreiben, es wird aber nicht vom OA/CA unterschrieben sowie an die Personalabteilung weitergeleitet. Somit ist die Dokumentation nahezu nicht möglich.
977	Direkte Kommunikation bei sehr kleiner Praxis
979	- Verstoßen wir mit unseren Überstunden gegen das Arbeitszeitgesetz (vorausgesetzt die Opt-Out-Regelung wurde nicht unterschrieben), dann erkennt unser Chef uns die Überstunden (bspw. nach einem 12-h Tagdienst am Wochenende mit zusätzlichen 2-3 Überstunden) nicht an.
981	Jeweils am Anfang des neuen Monats werden handschriftlich in einer Tabelle die Überstunden vom Mitarbeiter persönlich erfasst und dann an den leitenden Kollegen weitergereicht.
989	Zu viele offizielle Überstunden werden "bestraft", indem man nicht mehr für den OP eingeteilt wird.
990	Elektronische Zeiterfassung mit problemloser Anerkennung der Überstunden
993	Elektronische Zeiterfassung
994	Keine regelrechte arbeitszeiterfassung vorhanden - daher kein wirklicher Nachweis möglich Überstunden im gewissen Umfang werden nahezu vorausgesetzt
996	Schriftliches Eintragen in den Dienstplan möglich
997	Automatische Zeiterfassung
999	Der Chefarzt begründet, im ersten halben Jahr (=der Probezeit) seien Überstunden prinzipiell nicht akzeptiert, auch danach lt. älteren Kollegen kaum möglich, das wenigste wird unterschrieben
1004	Es wird ein Überstundenkonto dokumentiert, jedoch nur unzureichend ausbezahlt oder abgefieert. Dadurch häufen sich immer mehr Überstunden an, die laut Kollegen wohl spätestens beim Stellenwechsel dann ausbezahlt werden. Ob dem tatsächlich so ist kann ich nicht sagen.
1005	Überstunden werden nicht aufgeschrieben.
1011	Jede Überstunde muss begründet werden und vom Oberarzt abgezeichnet werden.
1015	Liste
1020	Mindestens 4 Überstunden pro Tag sind üblich. Diese werden weder mit Freizeitausgleich noch mit Auszahlung beglichen.
1021	Ich trage meine Überstunden im Konto ein....Taris.... die werden genehmigt und ich nehme 1 bis 2 Wochen ÜS frei pro Jahr damit.
1023	Überstunden müssen zuerst an den zuständigen Oberarzt gemeldet werden, dieser leitet die weiter an den Chef, der die Überstunden genehmigt und dann dürfen die Überstunden in den Dienstplan übertragen werden
1025	Alle Überstunden dokumentiert ich selber
1031	Erfassung am Computer, Einweisung nötig
1032	Offiziell muss für das Ableisten von Überstunden eine Genehmigung eines Vorgesetzten eingeholt werden. Inoffiziell arbeiten alle Assistenzärzte einfach länger. Nach konsequenter Dokumentation von Überstunden wurde eine Kollegin darauf hingewiesen, dass sie einfach nur zu langsam sei.
1033	Stechuhr; kappt jedoch alles was über 10h/d geht, dann via Korrekturbeleg, da keine Einsicht in seine Arbeitszeitkonten keine Kontrolle ob diese tatsächlich anerkannt werden
1036	Überstunden werden nicht bezahlt.
1043	Extra System der elektronischen Erfassung. max 50 min/d möglich.
1047	Automatisch nach maximaler Arbeitszeit ausgesteppelt werden, obwohl man noch arbeiten tut.
1050	Handschriftliche Dokumentation, vom Chef nachträglich zu genehmigen.
1053	handschriftliche Dokumentation, bei überstunden muss man sich stets rechtfertigen ("wer wurde denn reanimiert, dass sie da so dringend länger bleiben mussten?", in den ersten drei Monaten keine Überstunden toleriert und sonst absolut nicht gerne gesehen. Insgesamt schreie ich somit nur einen bruchteil dessen auf, was ich wirklich arbeite
1055	Wir haben zwar ein Zeiterfassungssystem, jedoch werden die Überstunden nicht anerkannt bzw gelöscht, wenn wir nicht eine telefonische „Erlaubnis“ vom diensthabenden Oberarzt bekommen, diese Überstunden machen zu dürfen. Und dann muss am selben Tag eine E-Mail zum zuständigen Oberarzt geschickt werden, um darüber zu informieren. Ansonsten werden die Überstunden gestrichen. Dieses System macht es nicht einfacher, es ist umständlich, zeitaufwändig und in dem Stress teilweise nicht machbar.
1058	Man trägt seine Arbeitszeit über ein System (SP expert) selbst ein. Wenn es aber zu viele Überstunden an einem Tag werden, trägt kaum einer die volle Zeit ein, damit es "besser aussieht".
1065	Überstunden am Wochenende können nicht dokumentierte werden. Teilweise müssen Überstunden auf andere Tage verteilt werden

1067	Überstunden werden zunächst dokumentiert, vom Chef unterschrieben, dann kürzt Personalabteilung. Monatlicher Widerspruch, dann werden sie anerkannt. Aktuell sind Überstunden da, werden aber weder vergütet, noch in Freizeit ausgeglichen.
1068	Sehr viele Urlaubstage deshalb keine Überstunden
1069	Von der Chefetage bekommt man gesagt dass Überstunden nicht zu dokumentieren sind
1070	Arbeit im Schichtsystem, es erfolgt zwar eine elektronische Zeiterfassung, hier werden aber nur 30 Min. Überstunden gewährt. Alles, was darüber hinaus geht, muss schriftlich beim Chef erklärt und erbeten werden.
1074	Geht nur im eigenen WindowsLogin Also - PC abmelden/ runterfahren. Hochfahren - dann doku-System starten. Aufwand ca 10 min
1080	Begründung Überstunden mittels E-Mail
1085	Man muss Überstunden auf einem Zettel dokumentieren. Dieser muss vom Chefarzt unterschrieben werden (Zuständigkeit wechselt immer wieder). Anschließend wird der Zettel an den arztunterstützenden Dienst weiter geleitet. Dieser trägt die Stunden in den Dienstplan ein. Leider treten dabei oft Fehler auf-man muss es also immer genau kontrollieren.
1086	Abhängig von der internistischen Abteilung. In 2 von 3 internistischen Abteilungen wird eine Überstundendokumentation von der Leitung abgelehnt, in einer wurde sie von den Assistenzärzten gegen Widerstand erkämpft.
1091	Erst wenn 10 Stunden überschritten werden, wird es problematisch.
1093	Software, in der die Überstunden ohne Repressionen eingetragen und dokumentiert werden kann.
1094	überstanden von oa gegenzeichnen lassen, dann Auszahlung im folgemonat
1096	Nur bis Max 10h möglich aber konsequent anerkannt
1099	Nicht möglich bei über 2 Stunden. Dies muss auf andere Tage verteilt werden.
1102	Eintrag auf dem Dienstplan
1103	kein elektronische Erfassung erlaubt/gewollt, Freizeitausgleich aufgrund Unterbesetzung nicht möglich, Bezahlung findet nicht statt .
1104	Überstunden müssen selbständig aufgeschrieben werden und am Ende des Monats durch einen Kollegen in das Computersystem eingetragen werden. Man selbst hat keinen direkten Einblick in die Überstunden . Muss immer nachfrageb
1106	Ich muss jede Überstunde auf eine Liste schreiben und am nächsten Tag beim Chefarzt vorlegen, dann ggf diskutieren
1107	ESS als digitale Erfassung
1108	Elektronische Dokumentation
1109	Überstunden werden selbständig eingetragen und durch Oberarzt freigegeben
1111	Plattform von Klinik zur Verfügung gestellt. Jeder Mitarbeiter dokumentiert seine Arbeitszeit.
1112	Elektronische Zeiterfassung
1114	In unserer Klinik müssen Über-/Mehrarbeitsstunden vom zuständigen bzw. Diensthabenden Oberarzt erlaubt werden. Da dieser wiederum von der Klinikleitung Ärger bekommt, wenn Überstunden anfallen, werden diese nur in wenigen Ausnahmefällen genehmigt bzw überhaupt dokumentiert.
1115	Es gibt keine Methode zur Dokumentation
1116	Es ist nicht möglich mehr als 2 h pro Tag zu dokumentieren, auch wenn mehr anfallen. Man muss es sich nach langwierigen Diskussionen vom Oberarzt abzeichnen lassen.
1117	Überstunden gibt es nur nach chefärztlicher Anordnung - dann können diese auch "abgebummelt" werden. Andere Mehrarbeit, die man "freiwillig" macht, ist "Freizeit". Es gibt in unserem Haus keine Möglichkeit diese aufzuschreiben und in irgendeiner Art und Weise vergütet (ob nun finanziell oder über Freizeitausgleich) zu bekommen.
1119	Eigenständiges eintragen des Ende der Arbeitszeit
1122	Meldung an Oberarzt oder Sekretärin.
1126	per Zettel
1127	Es werden noch Stundenzettel von jedem Arzt geschrieben - also jeder Tag mit Beginn und Ende der Arbeitszeit.
1129	Es werden Überstunden gemacht, diese dürfen aber nicht aufgeschrieben werden
1131	Zettelwirtschaft mit Begründung zur Mehrarbeit - wobei nachträglich selektiert wird, ob für diese Mehrarbeit überstunden wirklich akzeptiert werden.
1135	Überstunden werden nur von jedem privat notiert (oder eben meistens auch nicht). Es wird eher stolz verkündet, dass Überstunden nicht notiert und trotzdem regelmäßig gemacht. Wer pünktlich geht, weil die Kita bald schließt, wird schief angeschaut.
1138	zentrales Stundenkonto mittels PEPWin
1139	Man wird angehalten die maximal erlaubte tägliche Arbeitszeit nicht zu überschreiten bzw. diese nicht zu dokumentieren wenn sie überschritten wird, was regelmäßig der Fall ist.

1144	Händisches Eintragen in ein Computersystem von jeder einzelnen Überstunde mit Begründung. Kaum Anerkennung durch Chef
1145	Überstunden gelten nur als alles über 1h und auch nur manchmal bspw bei Assistenz im OP. Bei OPs, die man selber durchführt, zählt Mehrarbeit nicht als Überstunde. Auch nicht wenn man bspw. den Spätdienst bei mehreren Geburten gleichzeitig im Kreissaal entlastet. Blatt muss vom Chef unterschrieben werden, der dies oft nicht tut.
1147	Elektronische Registrierung und automatische Verrechnung auf Überstundenkonto
1151	Müssen vom Oberarzt unterschrieben werden und man wird komisch angesehen, wenn man es tut
1156	Zeiterfassung mittels stempelkarte
1157	Zeiterfassung
1160	Bei Überstundendokumentation müssen diese vom CA unterschrieben werden --> Einladung zum persönlichen Gespräch und anschließende Sanktionierung, Strafversetzung etc.
1161	Elektronisches system mit chips zum ein-ausloggen
1163	Die Dokumentation von Überstunden ist möglich, allerdings nicht so, wie sie tatsächlich anfallen, denn dann würden wir ziemlich häufig gegen deutsche Arbeitszeitgesetze verstoßen. Was wir auch tun. Aber das wird nicht dokumentiert.
1164	Überstundendokumentation nicht erlaubt. "Selbst schuld, wer länger braucht"
1167	Wir werden angehalten, Überstunden zeitnah durch früheres Gehen, abzubauen, dies ist aber oft nicht möglich. Einreichen der Überstunden ist zwar möglich, wird aber im Nachhinein durch den Chefarzt kommentiert/ nicht gewünscht.
1168	Abteilungsabhängig, je nach Oberarzt/Chef werden überstanden anerkannt. Unterschiedliche Handhabung zwischen den Kollegen. Keine einheitliche Regelung. Einreichen von Überstanden wird nicht gerne gesehen und sei ja normal als Berufsanfänger
1171	Elektronische Zeiterfassung
1172	Handschriftlich. Oberarzt muss abzeichnen. Wenn es zu viele sind macht er das nicht.
1179	Keine offizielle Dokumentation möglich. Auch wenn wir selber formlos dokumentieren würden, es wird nicht anerkannt/ wird nicht von Verwaltung übernommen
1180	Direktes eintragen in elektronische zeiterfassung. Wird jedoch von vielen nicht gemacht, die in der Probezeit sind, ob wohl die die meisten Überstunden machen
1188	Es sind Formulare vorhanden, die für jeden Tag mit Mehrarbeit ausgefüllt werden müssen. Ebenfalls muss jeweils eine Begründung für die Mehrarbeit angegeben werden. Das Formular muss anschließend durch den Vorgesetzten bzw. Chefarzt quittiert werden. Es gibt andere Abteilungen im Krankenhaus, bei denen der Chefarzt bis 1h vor regulärem Arbeitszeitende über Überstunden informiert werden möchte, sonst werden diese nicht unterschrieben. Und es gibt wiederum einen anderen Chefarzt, der Überstunden generell nicht unterschreibt. Es gibt im Haus zwar eine elektronische Arbeitszeiterfassung, bei dieser werden aber nur max. 30 min pro Tag als Mehrarbeit registriert.
1201	Offiziell gibt es keine Überstunden, wenn man länger arbeitet heißt es man arbeiten ineffizient.
1202	Auf Zettel ausfüllen. Diese müssen dann vom Oberarzt gegenzeichnet werden und kontrolliert werden.
1206	Das Einreichen von Überstunden ist nicht erwünscht und wird nur in Ausnahmefällen genehmigt.
1208	Überstunden müssen händisch in ein Formular eingetragen werden mit Begründung. Dieses muss dann vom Oberarzt unterschrieben werden
1209	eigenständige Dokumentation Excel-Tabelle, vom Oberarzt unterschreiben lassen
1213	mehrere Formulare, keine Zeiterfassungskarten
1215	Keine Stempelkarte Manuelle Eingabe am PC
1216	Man muss sie selbstständig dokumentieren, im Vorfeld dem Oberarzt fragen ob man diese Überstunde machen darf und den Grund benennen und eine Unterschrift verlangen um diese dann rechtzeitig zum Monatsende bei der Personalabteilung vorlegen
1221	Man benötigt jedesmal die CÄ-Unterschrift
1223	Überstunden können alle aufgeschrieben werden, diese dann entweder bezahlt oder in Freizeitausgleich beglichen
1228	Elektronische Arbeitszeiterfassung
1236	An der Stempeluhr werden die Zeiten gewertet, es wird aber grundsätzlich die Zeit morgens und abends um eine bestimmte Uhrzeit gekappt. Diese wird dann erst als tatsächliche Arbeitszeit erfasst. Wenn man also einige Minuten früher kommt wird das nicht als Pluszeit gerechnet, wenn man aber einige Minuten früher geht wird das sofort angerechnet.
1238	Die Dokumentation der Überstunden funktioniert via Zeiterfassungschip sehr unkompliziert, aber das Konto ist auf 60 Stunden begrenzt, alles was darüber ist und nicht abgelingen wird (was aus personaltechnischer Sicht so gut wie nicht möglich ist), wird monatlich auf 60 Überstunden zurückgesetzt. Wo die "gekappten" Überstunden bleiben weiß keiner.....

1240	Auf Papier dokumentieren. Wird von Sekretärin in digitales System eingetragen. Daher vertrauen in Sekretärin nötig. System schwer zu durchschauen
1241	Nach 1 Überstunde wird man automatisch ausgestempelt und kann keinen Einfluss auf Stempelsystem nehmen
1242	Einfacher Stundenzettel, der dem zuständigen Oberarzt am Monatsende ins Fach gelegt wird.
1243	Täglich schriftlich Genehmigung vom Oberarzt einholen, zur Genehmigung einreichen, trotzdem wurden in einer Abteilung 70 Überstunden einfach genullt beim Wechsel in eine andere Abteilung
1244	Überstunden sind nicht gewünscht, dann hätte man zu langsam gearbeitet.
1245	Stempeluhr erfasst lückenlos
1248	manuelle Dokumentation in elektronischem System durch Mitarbeiter
1250	Zeiterfassungssystem vorhanden
1255	Es werden grundsätzlich keine Überstunden dokumentiert.
1259	keine automatische Arbeitszeiterfassung. Überstunden werden am Ende des Monats auf dem Stundenzettel dokumentiert, wobei tägl. 20 min länger bleiben als normal angesehen wird. Aufgeschrieben wird erst ab 0,5h
1264	Es darf Max eine Stunde pro Tag aufgeschrieben werden, jede weitere wird untersagt
1266	Man muss sehr genau beschreiben, warum man länger geblieben ist.
1270	Überstunden müssen extra im Computer eingetragen werden. Auf die Pausen ist zu achten. Wenn es Zuviel werden löscht eine Sekretärin einfach welche
1271	Ein- und ausloggen per Chip
1272	Komplizierte manuelle Eingabe. Keine elektronische Zeiterfassung
1278	elektronische Erfassung
1280	Aushang eines Stundenzettels im Arztzimmer
1281	Keine automatische Erfassung aber unkomplizierte Digitale Selbsterfassung im ClinicPlanner
1284	Arbeitgeber hält sich an Vereinbarung. Ausgleich per Freizeit.
1285	Keine täglich elektronische Erfassung vorhanden. Vertrauensbasis handschriftlich
1287	Überstunden werden im Computer dokumentiert und vom Arbeitszeitbeauftragten bei korrekter Dokumentation freigegeben
1291	Überstunden werden nur unvollständig erfasst und unvollständig ausgezahlt, keine systematische Abrechnung, jeder einzelne wird dabei sehr allein gelassen
1295	Die Überstunden müssen begründet werden. Schreiben von Briefen oder Aushilfe einem Kollegen werden als Überstunden nicht anerkannt.
1298	Teilweise arbeitsrechtlich nicht anerkannt.
1299	Überstunden werden von jedem selbst in System eingetragen und per Freizeitausgleich ausgeglichen bzw beim Ausscheiden (zugegeben mit etwas Ärger mit der Personalabteilung) auch ausbezahlt
1300	Trotz Stempeluhr werden Überstunden nur bis bis zu einer bestimmten Uhrzeit akzeptiert, bei mehr als 1,5 Überstunden muss ein Korrekturbeleg vom Oberarzt unterschrieben und bei der Personalabteilung eingereicht werden. Trotzdem werden diese Stunden oftmals nicht angerechnet
1302	Keine Arbeitszeiterfassung
1303	keine digitale Zeiterfassung / Mehrarbeit in Programm dokumentierbar
1309	Es gibt keine Formulare, die Form ist unklar
1315	Zeitstechuhr, diese Zeit wird aber nur auf Station wirklich voll gerechnet. In der Notambulanz wird die Arbeitszeit gekappt auf 8h/Tag, denn Überstunden sind dort nicht vorgesehen..
1316	Überstunden dürfen nicht gemacht werden. Nur nach Rücksprache mit Chefin darf länger auf Station gearbeitet werden. Diese muss Mehrarbeit für den jeweiligen Tag genehmigen und auf Stundenzettel abzeichnen was sie nur nach einer längeren und unangenehmen Diskussion tut. Dies führt dazu, dass Stationsärzte ohne die Stunden aufzuschreiben länger arbeiten.
1319	Eine berechnete Anzahl an Überstunden werden anerkannt und können in einem elektronischem Dokument dokumentiert werden.
1324	Zeiterfassung per Chip
1325	Wir machen deutlich mehr Überstunden als das Arbeitszeitschutzgesetz zulässt und weil die Chefs persönlich haften würden dürfen wir nur aufschreiben was in den Rahmen fällt.
1327	Überstunden werden nur nach Rücksprache vom OÄ oder CA genehmigt
1335	Wir haben volle Arbeitszeit, da die Arbeitsbelastung so hoch ist. So ist es kein Problem Mehrarbeit und Überstunden aufzuschreiben.
1336	Es ist zwar möglich Überstunden aufzuschreiben, diese werden aber u.U. vom Chef nicht anerkannt z.B. mit der Begründung "Ausbildung"

1337	Sehr unübersichtliches Programm, das kaum erkennen lässt, welche der begründeten und aufwendig dokumentierten Überstunden nun gezählt werden...
1338	maximal 1,5 Überstunden pro Tag dürfen dokumentiert werden. Keine zentrale Erfassung sondern über selbst geführte Stundenzettel.
1340	Keine Antwort trifft zu. Überstunden werden nicht dokumentiert.
1341	Die von mir geführte Dokumentation meiner Überstunden wird vom Chefarzt problemlos und vertrauensvoll gegengezeichnet und erlangt damit Gültigkeit.
1342	Es müssen stichfeste Gründe für Mehrarbeit vorliegen. Es gibt keine automatisierte Arbeitszeiterfassung
1346	Automatische Registrierung
1347	Wird von Oberärzten aufgeschrieben und dann von Sekretärin in die Zeiterfassung eingetragen. Änderungen bzw. Nachtragungen kann man einfach mit der Sekretärin klären.
1350	Anfangs müsste man Mehrarbeit vor allen Chefarzten in der Morgenbesprechung begründen und genehmigen lassen.
1351	Überstanden werden durch Pauschale finanziell abgegolten
1353	Für jede Minute Überstunde muss handschriftliche ein Arbeitszeitkorrekturzettel ausgefüllt werden, welcher vom Chef persönlich unterschrieben werden muss und im Anschluss an die Verwaltung weiterzureichen ist (aber natürlich innerhalb des betreffenden Monats). Die Verwaltung entscheidet dann ob es ein triftiger Grund war länger zu bleiben.
1360	Max. 2 Überstunden tgl. zugelassen. Überstunden bei Bereitschaftsdiensten werden nicht anerkannt.
1366	Ein Zettel im Oberarztzimmer, das manchmal abgeschlossen ist, deshalb nicht immer zugänglich, aber dürfen alles frei eintragen.
1367	Zeiterfassung
1369	Alle Überstunden müssen per Hand einzeln begründet und dem Chef zum absegnen eingereicht werden
1371	Der Oberarzt entscheidet welche Überstunden gestattet werden. Dies geschieht relativ willkürlich.
1373	es gibt zwar ein Stempelsystem, dieses schneidet die Überstunden jedoch nach 30 Minuten einfach ab. Den Rest muss man selbstständig in ein nicht gerade selbsterklärendes Programm eintippen. Diese selbstständig dokumentieren Überstunden müssen vom Oberarzt genehmigt werden, bzw. wenn eine Überschreitung der maximalen Arbeitszeit besteht, was häufig der Fall ist, der Chefarzt. Dieser genehmigt die Überschreitung der maximalen Arbeitszeit nur, wenn eine handfeste Begründung, wie z.B. eine Reanimation oder lebensgefährliche Situation als Begründung genannt werden kann. Hauptgrund für die Überstunden ist aber wie immer-zu viel Arbeit für zu wenige Ärzte, zu hoher Patientendurchlauf, zu viel Bürokratie...
1374	Dokumentation von Überstunden ist sehr aufwendig und von der Genehmigung durch einen Vorgesetzten abhängig.
1375	Man kann alles handschriftlich eintragen
1378	Keine Automatisierte Erfassung. Änderungen am vorgesehenen Plan (z.B. Nachtdienst statt Spätdienst bei z.B. Krankheitsausfall) nur mit großem Aufwand möglich
1379	Ein- und auschecken erfolgen elektronisch durch Fingerabdruck-Scan
1382	Dienste sowie Überstunden müssen durch mich Infineon extra Abrechnungsprogramm erfasst werden. Mein Oberarzt muss dies frei geben. Bei erhöhtem Aufkommen von Überstunden benötigt es eine Rechtfertigung
1385	Muss jeder Arzt selber dokumentieren und einreichen
1390	Monatlicher zettel - eintragen - an die sekretärin
1392	Stationsarbeit wie Brief und Aktenpflege wird oft nicht als Grund für Überstunden akzeptiert.
1393	manche Kollegen schreiben sich überstunden, andere nicht, da nicht gerne gesehen
1397	Überstunden werden weder bezahlt noch können sie abgefeiert werden, deshalb macht es keinen Sinn sie festzuhalten.
1398	Durch die Zeiterfassung wird der Arbeitsbeginn und Ende festgehalten. Bei Überstunden muss eine schriftliche Begründung eingereicht werden (z.B. Krankheitsfälle usw.) Diese wird vom CA unterschrieben.
1404	Wird in Exceltabelle eingetragen und erscheint automatisch im Abschlussbogen
1406	Stempelsystem bei dem nach einer gewissen Zeit jedoch stets der Logout erfolgt
1408	Man kann Sie komplikationslos eintragen auf einen Zettel. Aber man kann nicht einfach im Dienstplanprogramm nachvollziehen ob die auch da vermerkt wurden, was ja das wichtige ist.
1416	Stempelkarten-System, es kommt jedoch vor dass bei zu viel Arbeit ausgestempelt und weitergearbeitet wird.
1418	Die Dokumentation der Überstunden ist in unserer Klinik auch stark variierend je nachdem in welcher Abteilung man arbeitet. Als Assistenzarzt für Innere rotiert man in die verschiedenen Inneren Kliniken. Während in eer Abteilung für Akutgeriatrie nahezu keine Überstunde

akzeptiert und aufgeschrieben durfte, wurden in der Pneumo/Kardiologie und Gastro/Hämatologie deutlich mehr Überstunden akzeptiert. Wenn man jedoch nur 1h länger blieb oder mal wieder (wie fast immer) die Mittagspause durcharbeitet wurde dies nicht anerkannt - man muss immerhin immer einen „drifteten und nicht planbaren Grund“ für die Mehrarbeit aufführen. Und wenn das normale, alltägliche Pentium nicht zu bewältigen ist, dann darf man das trotzdem nicht als Überstunde aufschreiben.

1421	Es käme zu Arbeitszeitschutzgesetzverstößen
1424	Eigener Desktop pro Mitarbeiter nötig, Programm dann aber unkompliziert
1427	einfaches Programm, bislang keine Einwände bei Überstunden Erfassung oder Bezahlung
1429	elektronische Zeiterfassung
1430	Es gibt ein Kartensystem. Ich logge in wenn ich komme und logged out, wenn ich gehe- das nenne ich barrierefrei
1431	Selbstauskunft Überstunden problemlos
1435	Schlecht funktionierende Computerdokumentation
1437	Digitale Zeiterfassung
1441	Überstunden werden "nicht gerne gesehen", wenn man sie aufschreibt, dann wird es häufig auf die unzureichende Erfahrung zurückgeführt. In der Regel werden Überstunden nicht anerkannt.
1445	Zeiterfassungssystem
1447	Es gibt ein "Dienstbuch" in dem Mehrarbeit ab +30min aufgeschrieben werden darf. Das wird tatsächlich ziemlich genau angerechnet. Ebenso muss man dort auch vermerken, wenn man mal eher geht und Stunden abbaut. Ziemlich altmodisch, funktioniert aber (Abteilung aus ca 25 Ärzten)
1448	elektronisches Zeiterfassungssystem
1449	Überstunden werden, wenn sie dokumentiert werden, nach Belieben durch den Chefarzt gestrichen, ohne erkennbares System.
1450	Sind nicht allzuviele, Eintragen erfolgt auf Vertrauensbasis durch mich selbst
1452	ich dokumentiere selbst und habe volle Kontrolle
1457	Müssen beantragt und genehmigt werden
1460	Überstunden werden grundsätzlich nicht dokumentiert. Sollte dies doch geschehen, werden sie vom Vorgesetzten konsequent herausgestrichen und man wird ermahnt, dass dies künftig unterlassen soll.
1462	Keine Vorlagen vorhanden
1463	Angeschnittene Zeiten nach bestimmten Uhrzeit- dann persönliche Freischaltung anfordern
1468	Begründung muss dokumentiert werden, wird aber nicht immer akzeptiert
1472	Dokumentation über TimeOffice. Leider hat hier nur ein Oberarzt die Befugnis den Dienstplan zu bearbeiten. Manchmal muss man die Überstunden im Nachhinein eintragen, weil noch kein normaler Arbeitstag eingetragen ist.
1476	Überstunden werden im Dienstplan erfasst und tw. Manuell eingetragen
1479	Es gibt keine signifikanten Überstunden.
1480	Prinzipiell haben wir eine Stechuhr, die fair dokumentiert wann wir arbeiten. Nach Nacht- und Wochenenddiensten dürfen wir jedoch aus arbeitsschutzrechtlichen Gründen keine zusätzlichen Überstunden machen, diese werden dann automatisch gestrichen. Meist sind es tatsächlich nur kurze Zeiten 15-30 min, nie länger als 1 h. Diese können aber nicht eingereicht werden, da als "ausreichende" Gründe nur Situationen wie ein Brand der Klinik gelten.
1481	Zeiterfassung mit Karte
1482	Überstunden werden einfach auf geschrieben. Wir kriegen sie in Form von FZA. Allerdings nicht zeitnah.
1483	Für jede Mehrarbeit ab 5 min muss ein Antrag mit Begründung gestellt und dann von der Chefin/LOA freigegeben werden.
1486	Zu viele Überstunden werden von Vorgesetzten missbilligend kommentiert und mit anderen Mitarbeitern verglichen, die sich keine aufschreiben, obwohl sie sie machen. Zudem können sie nicht komplett in Freizeitausgleich genommen werden.
1487	keine automatische Erfassung wie in anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, notwendiges Login auf Webseite
1488	Die Dokumentation läuft automatisch über das tägliche elektrische ein- und ausstempeln
1498	Es werden auch keine Überstunden gemacht
1500	komplizierte, digitale Erfassung, obwohl eine Zeiterfassung zur Verfügung stehen würde
1501	elektronische Zeiterfassung
1503	Zettel ausfüllen, diensthabender Oberarzt unterschreibt und dann erscheint es auf dem Stundenkonto
1504	Zeiterfassung
1507	Dokumentation ist prinzipiell an jedem Rechner im Kliniknetzwerk möglich. Man benötigt

seinen individuellen Zugangscode, um sich im Mitarbeiterprogramm anzumelden. Ebenfalls ist es möglich, dies von jedem anderen Rechner über einen vpn-client zu erledigen.

Die volle Punktzahl würde ich vergeben, wenn dies nicht nur 7 Tage möglich wäre. Nach diesen 7 Tagen muss der Personaloberarzt dies händisch nachtragen.

- 1509 Überstunden in einer Liste selbst eintragbar. die liste wird pro forma aufgehoben, die überstunden werden aber weder ausbezahlt noch frei gegeben
- 1510 Dokumentation auf anderer Station und Unterschrift einer Oberarztes notwendig
- 1511 Mit meiner Chipkarte stempel ich ein und aus
- 1513 handschriftlich auf Formular, einzeln genehmigen durch Vorgesetzte und anschließend nur teilweise/unvollständig auf dem Stundenkonto
- 1517 Überstunden über 45 Minuten müssen händisch eingereicht werden und von einem Oberarzt abgezeichnet sein.
- 1518 Webbasiertes Formular mit Gegenzeichnung von diensthabendem OA und LOA
- 1519 Digitale Zeiterfassung
- 1526 Zeiterfassung per Chip, falls nötig nach Rücksprache mit dem für Zeiterfassung zuständigen Oberarzt Freischaltung (z.B wenn man nach 24h Dienst länger bleiben musste)
- 1528 Wir haben eine elektronische Zeiterfassung. Allerdings müssen wir trotzdem alles separat aufschreiben und extra genehmigen lassen. Wozu dann einstecken?
- 1529 Dokumentierung und Begründung der Überstunden erfolgt auf eigene Verantwortung, Anerkennung der Überstunden ist nicht transparent
- 1531 Chef wünscht, dass Überstunden nicht aufgeschrieben werden
- 1534 Es gibt ein Zeiterfassungssystem, dort loggt man sich ein, wenn man kommt und geht.
- 1542 elektronische Zeiterfassung, allerdings undurchsichtige "Abbuchung der Überstunden" bei Auszahlung, immer wieder technische Probleme
- 1544 Zeiterfassung per Stempelkarte
- 1547 Digitale Zeiterfassung
- 1548 muss anderen hinterherlaufen und eintragen lassen
- 1551 Handschriftliche Eintragungen in Überstundenliste.
- 1555 Man muss sich in einen ClinicPlanner einloggen, als einzige Barriere, ansonsten eigenverantwortliches Aufschreiben auf Vertrauensbasis
- 1556 die erste halbe Std. am Tag kommt automatisch auf das Stundenkonto gutgeschrieben (gilt nur an normalen Tagen, nicht am WE oder Nachtdiensten), danach muss jede Minute zusätzlich beantragt, begründet und genehmigt werden. Am WE und im Nachtdienst sind die Dienste lang genug, dass keine Überstunden beantragt werden dürfen.
- 1558 Umständliche Excel Tabelle
- 1560 Umständliche Dokumentation mit Notwendigkeit der täglichen Registrierung den Überstunden mit Unterschrift vom leitenden Arzt, zeitgemäß nicht immer möglich und entnimmt viel Zeit
- 1563 Wird zwar per Zeitstempel erfasst, muss aber immer begründet werden, sonst werden sie abgeschnitten
- 1567 Überstunden können dokumentiert werden und werden anerkannt, sofern ein direkter Vorgesetzter diese angeordnet/erbeten hat. In der Dokumentation muss dann festgehalten werden, welcher Oberarzt Kenntnis hatte, aus welchem Grund und in welchem Bereich die Überstunden angefallen sind. Was mich stört ist, dass eigentlich auch noch Details dokumentiert werden sollen, die auf den konkreten Fall Rückschluss geben lassen sollen (anonym, ohne Angabe konkreter Daten). Häufig ist es aber eine Summe aus Fällen, die die Überstunden verursachen und ich finde es zudem unnötig kompliziert.
- 1574 Stempeln
- 1575 Stempeluhr
- 1579 Bei uns müssender selten Überstunden gemacht werden. Mal eine halbestunde länger schreiben wir nicht auf. Ist es doch einmal mehr finden wir intern eine Lösung, dass man beispielsweise an einem anderen Tag eher geht. Aufgeschrieben werden soll das aber nicht. Für mich ist das aber völlig ok, was die Arbeitszeit angeht kann ich mich hier nicht beklagen!
- 1580 Elektronische Zeiterfassung
- 1582 Arbeitszeit wird in Gänze durch ein-/ausloggen erfasst
- 1586 intransparentes Computerprogramm
- 1589 Überstundenzettel
- 1591 Automatische Erfassung der Arbeitszeiten
Einspringbonus-Vordruck im Intranet verfügbar
- 1592 Wir dürfen Überstunden nicht aufschreiben. Überstunden werden angeordnet. Das die Arbeit aber nicht geschafft wird, interessiert keinen 30-60 min. Pro Tag gehören zum guten Willen. Pausen gibt es schon lange nicht mehr.
- 1597 Es wird gestempelt, allerdings werden vor 7.15 und nach 12h die Stunden abgeschnitten....
Das bedeutet bei 12h Diensten z.bsp am WE immer 0,75-2h ohne Vergütung.

1600	Überstunden können zwar problemlos dokumentiert werden, um dann vollkommen ignoriert zu werden, Überstundenausgleich in monetärer Form oder als Freizeitausgleich existiert nicht
1604	Einloggen in ein Programm, "Zeitdaten ändern" + darauf achten, dass die Pause ab einer gewissen Mehrarbeit noch verlängert wird (diese Pause wird natürlich nie realisiert), mehr als 10h Arbeit darf man nicht dokumentieren
1606	Eine Dokumentation von Überstunden ist nicht vorgesehen.
1622	Die Überstunden werden aktuell einmal im Jahr auf 80 Stunden runtergekürzt. Ab Mai 2019 werden sie monatlich auf 40 gekürzt
1623	wir assistenten bekommen jeder eine persönliche liste, um ü-stunden darauf einzutragen. die müssen dann vom chef gegengezeichnet werden. das geht im alltagswahnsinn unter.
1628	Überstunden (mit Begründung) darf man komplikationslos auf Korrekturzetteln schreiben.
1631	Es ist kein selbstständiges Eintragen in das System möglich.
1632	es gibt keine Zeiterfassung für Ärzte
1636	Dokumentation händisch auf Papier
1637	Bei uns werden Überstunden per Stechkartensystem dokumentiert. Es ist nur kompliziert, wenn man es vergisst zu stechen. Selbst dann kann es aber nachgetragen werden.
1640	Eine Überstunde wird regulär erfasst, alles darüber hinaus muss man genau begründen und dann müssen danach noch zuständiger Chefarzt und Personalchef zustimmen.
1642	1 Dokument pro Mitarbeiter/ Monat 2 Instanzen, welche für Übertragung zuständig sind. Hoher Zeitaufwand, häufige Übertragungsfehler. Nicht immer chefärztlich genehmigt
1649	Müssen zunächst vom zuständigen Oberarzt gegengezeichnet werden, bevor sie dem Chefarzt vorgelegt werden dürfen.
1650	Bis 30 Minuten barrierefrei möglich, darüber hinaus fast nicht möglich.
1651	Aufgrund eines digitalen Zeiterfassungssystems mit Login und Logout via Personnummer ist keine separate Dokumentation erforderlich. Es erfolgt die automatische Registrierung.
1652	Jede Minute Verspätung wird unmittelbar vom Zeitkonto abgezogen, alles was außerhalb der Arbeitszeit gearbeitet wird, wird erst mal nicht berücksichtigt. Das Ein- und Ausloggen ist also nur zum Nachteil des Arbeitnehmers. Überstunden müssen grundsätzlich habschriftlich pro Tag per Zettel eingereicht werden und werden auch mal nicht bewilligt wegen Verstoß gegen Arbeitsschutzverordnungen, das diese so also auch nicht dem Arbeitenden.
1657	Handschriftliche Dokumentation nötig.
1658	Es darf nur eine bestimmte Anzahl an Überstunden pro Tag dokumentiert werden.
1659	Überstunden werden in einem separaten Buch zusätzlich zur Stechuhr dokumentiert. Dieses ist zum Teil nicht am angegebenen Ort vorhanden. Überstunden durch Stationsarbeit werden nicht anerkannt und dann im Arbeitszeittnachweis korrigiert bzw. entfernt.
1663	Automatisiertes Zeiterfassungssystem (ATOSS), Pausen werden automatisch abgezogen, auch wenn sie nicht genommen wurden (oder genommen werden können)nicht- genommene Pausen können nicht als Überstunden beantragt werden; "Ausstechen" erfolgt automatisch nach 10h Anwesenheit im Anästhesiedienst und nach 13h Anwesenheit im Schichtdienst, Überstunden über diese Zeit müssen gesondert beantragt werden und werden nur genehmigt bei "lebensbedrohlichen Notfällen" wegen Arbeitszeitgesetz. Im Schichtdienst auf der Intensivstation regelhaft keine 1-stündige Pause und Arbeit über 13h (durch Personalmangel und oberärztlich in die längegezogene Übergaben+ Visiten bedingt), welche nicht als Überstunden angefordert werden kann, weil nicht " lebensbedrohliche Notfälle". Gesammelte Überstunden werden nach 3 Monaten einfach gelöscht, wenn nicht gesondert rechtzeitig zum Auszahlen oder Freizeitausgleich beantragt. Zeiterfassungsprogramm ist sehr undurchsichtig und kompliziert gestaltet. Beantragung von Überstunden über Zeiterfassungssystem muss bei jedem Antrag vom Chef freigegeben werden.
1671	Überstunden werden vom Chefarzt prinzipiell nicht genehmigt.
1680	Zeiterfassung mit Chips (Stechuhr)
1681	Es werden ausdrückliche Begründung gefordert und zudem erfolgen entsprechende Konsequenzen bei Überstundendokumentation
1684	Es gibt ein elektronisches Erfassungssystem in dem die Arbeitszeiten korrigiert werden können unter Angabe einer Begründung (ESS-Software)
1695	Überstunden werden handschriftlich dokumentiert und monatlich durch den dienstplanverantwortlichen Oberarzt übernommen
1696	Sofortiges Dokumentieren der Überstunden durch Oberarzt
1697	Es wurden bereits Überstunden ohne Rücksprache gestrichen. Zeitweise war es so, dass am Monatsanfang sich alle aufreihen mussten und Überstunden detailliert begründet werden mussten, sonst drohte Streichung.
1698	-Aufzeichnung initial auf Papier, dies ist einfach, folgend erfolgt eine elektronische Eingabe mit einem speziellen Programm, dies wiederum wird nicht von der Personalabteilung übernommen, sondern muss von

	Assistenten und Oberärzten zeitaufwendig selbst eingegeben werden, dadurch entstehen dann wiederum Überstunden
1699	Monatlicher Zeitnachweis
1701	Überstunden können manuell aufgeschrieben werden, müssen jedoch vom Oberarzt genehmigt werden.
1702	Es besteht keine Möglichkeit die Überstunden in unserer Fachabteilung zu dokumentieren, obwohl andere Fachabteilungen des gleichen Hauses Überstunden aufschreiben.
1703	Dokument zur Erfassung, das bei der Verwaltung eingereicht werden muss, händisch auszufüllen für den ganzen Monat
1704	Man stempelt ein und aus. Oberärzte schalten die Arbeitszeiten frei und runden ab.
1705	Zeiterfassung via Chip, mit dem man ein- und ausstempelt
1711	Viel Papierkrieg
1712	Elektronische Arbeitszeiterfassung
1721	Mehrarbeit darf nur bis max 10 Stunden/Tag dokumentiert werden.
1726	Überstunden können auf dem Zettel eingetragen werden. Bei Angabe der tatsächlichen Stunden wird man jedoch vom leitenden Oberarzt darauf aufmerksam gemacht, dass die Anzahl der aufgeschriebenen Überstunden nicht zulässig wären.
1728	Arbeitszeit wird gestempelt und digital erfasst.
1758	So gut wie keine Überstunden nötig. Falls nötig, dann vorherige Anmeldung
1759	bei meinem aktuellen Arbeitgeber fallen kaum Überstunden an, davor am UKSH fielen täglich 4h Mehrarbeit an und es wurden keine Überstunden genehmigt, man musste vom Chef sich diese genehmigen lassen, nur dann wurden diese anerkannt (mit wenigen Monaten Berufserfahrung und z.T. wechselnden Stationen mit bis zu 40Patienten alleine war die Arbeit in der regulären Arbeitszeit nicht machbar), es folgte die Kündigung in der Probezeit und Wechsel an meine alte Uni
1764	Mehrarbeit zählt nicht
1766	Laut meinem Chef gibt es bei uns keine Überstunden und wir dürfen uns diese nicht aufschreiben, auch wenn wir wissen, dass das geltende Recht es anders sieht. Allerdings hat unser Chef unsere Vertragsverlängerungen in der Hand und wenn wir uns whren würden oder auf unser Recht pochen, dann sind wir bei der nächsten Gelegenheit entlassen.
1779	Vor 8h keine Anerkennung von Arbeitszeit, nach offiziellem Dienstschluss Überstunden nur nach schriftlicher Beantragung, es wird ab 1h Mehrarbeit wieder eine Pause von 30 Minuten abgezogen, die natürlich nicht genommen wird
1783	Dokumentation erfolgt nicht, da ein Ausgleich nicht möglich ist
1784	Überstunden werden von Hand erfasst und von einem Mitarbeiter der Personalabteilung in ein System eingetragen. Beim Übertragen entstehen öfter Fehler, weshalb alles genau nachkontrolliert werden muss.
1785	Es findet eine Zeiterfassung statt, die aber nicht zur Überstundenanrechnung führt. Überstunden müssen schriftlich per Mail unter Angabe der Fallnummer beantragt werden. Fallen zu viele Überstunden an, werden Überstundenverbote ausgesprochen (auch wenn vorher Überstunden nur anteilig überhaupt eingereicht wurden). Dann dürfen im nächsten Monat gar keine Überstunden mehr beantragt werden, es wird aber erwartet, dass natürlich trotzdem die vollständige Arbeit erledigt wird.
1786	Kein offizielles System, man schreibt selber auf und muss sich dann für Überstundenfrei absprechen
1790	Zeiterfassung mittels Chip-System
1792	Stempeluhr
1793	Eine Dokumentation ist mittels Computerprogramm manuell möglich. Dort können grundsätzlich Überstunden eingetragen werden. Allerdings sollen pro Tag nicht mehr als 10 Arbeitsstunden dokumentiert werden. An einem Arbeitstag mit bereits geplanten 10 Arbeitsstunden kann man also keine Überstunden dokumentieren. Trägt man doch mehr als 10 Arbeitsstunden ein, muss man selber nachprüfen, ob diese auch einbezogen oder gelöscht wurden. Eine simple Stechuhr auch für Ärzte würde zu deutlich mehr Transparenz beitragen.
1799	Dokumentation muss eigenständig, händisch an festgelegtem ort auf Campus, u.u. weit entfernt von einsatzort erfolgen.
1804	Es gibt kein System, Überstunden zu dokumentieren. Keiner zwingt einen dazu, länger zu bleiben und der Chef verlangt es auch nicht. Aber er möchte gleichzeitig, dass die Arbeit gemacht ist, insbesondere Briefschreibung und Briefabschluss. Dies schafft kaum jemand in der Arbeitszeit. Der Chef erwartet wiederum, dass man seine Zeit so managt, dass man pünktlich fertig wird.
1807	Im clinicplanner werden die Überstunden vom verantwortlichen Abteilungsarzt einfach eingetragen.
1810	Das wird formlos gehandhabt, wenn man z. B. einige Stunden an Feiertagen kommt, gibt es Freizeitausgleich, manchmal geht man früher.

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

1812	Offiziell gibt es "keine" Überstunden...
1815	Keine digitale Zeiterfassung implementiert. Überzeiten müssen selbständig eingetragen werden. Dies war bis vor einem Monat überhaupt nicht vorgesehen und wurde nur auf Druck der Assistenzärzte über den Betriebsrat durchgesetzt.
1816	Eingabe im Intranet über Programm möglich, muss dann noch vom OA genehmigt werden
1823	Wir machen "von oben" keine Überstunden aber Forschung und Lehre muss zur vollen Stelle geleistet werden.
1830	Die Dokumentation erfolgt in Form eines wöchentlich eingereichten Zettels bei den jew. Oberärztin, welche bisher alle Angaben durchgewunken haben
1838	Ist mündlich geregelt, dass ich Überstunden abbauen kann und wird von Arbeitgeberseite auch eingehalten.
1842	Verwaltungsakt, angegebene Stunden werden am Ende im Gehalt einfach nicht aufgeführt.
1850	Die aufgeschriebenen Überstunden müssen vom Chefarzt erst abgezeichnet werden, dann werden sie eingetragen.
1852	Dokumentation wäre möglich, aber die Konsequenzen und den Ärger mit dem Chef untragbar, weshalb sich niemand traut mehr als 10h aufzuschreiben.
1855	Chef entscheidet, wann Überstunden auch anerkannt werden.
1860	Werden elektronisch dokumentiert aber icht vollständig anerkannt.
1869	es gibt eine Stechuhr, zusätzlich muss man aber auf einem Zette noch jede Stunde dokumentieren und begründen
1886	Stempeluhr -> automatische Erfassung
1888	Kein Zeiterfassungssystem
1890	Jeder Mitarbeiter gibt am Ende des Monats einen ausgefüllten Überstundenzettel ab. Nur schreibt sich nicht jeder alle Überstunden auf.
1891	Computerprogramm zu dem jeder Mitarbeiter einen eigenen Zugang hat.
1904	Handschriftlich Zettel Personenbezogen
1905	Offizielles Arbeitsende ist 16 Uhr bzw. aufgrund der weiteren 15 Min gesetzlicher Pause bei längerer Arbeit 16:15 Uhr, Überstunden bis 17:30 Uhr werden ganz normal via "Stempeluhr" erfasst. Bei allen Arbeitstagen, die länger als 17:30 Uhr andauern, werden die Assistenzärzte um 17:30 Uhr formal ausgestempelt. Das heißt, die tatsächliche Arbeitszeit (z.B. 18:30 Uhr) wird erfasst, die letzte Stunde jedoch nicht auf das Überstundenkonto gebucht. Es handelt sich dabei um eine Art private Mehrarbeit, die wir unserem Arbeitgeber schenken. Prinzipiell kann über den Chef- oder Oberarzt ein Antrag auf Sondererfassung der geleisteten Überstunden gestellt werden. Dieser wird jedoch so gut wie nie genehmigt....
1906	Überstunden werden durch 2 für den Dienstplanverantwortliche Assistenten eingetragen und nach Rücksprache mit dem leitenden Oberarzt genehmigt.
1907	Extra Programm, eigenes Passwort etc, relativ kompliziert zu dokumentieren
1910	Es muss ein Antrag ausgefüllt werden und ein Grund angegeben werden. Der Chefarzt behält sich vor zu entscheiden, ob der Grund ausreichend für eine Genehmigung der Stunden ist, oder nicht.
1911	42-Stunden-Vertrag, in dem Überstunden abgegolten sind
1920	Überstunden müssen durch Oberarzt angeordnet werden. Das wird natürlich nicht gemacht.
1921	Es gibt ein Computersystem in das Arbeitszeiten eingetragen werden können.
1925	Arbeitszeit wird gestempelt
1927	Zeiterfassung per Chipkarte
1940	Es gibt ein Dokumentations-Heft, welches im Chefarztsekretariat lagert, sodass dieses bei jeder Mehrarbeit angefordert werden müsste. Darüberhinaus ist der Übergang zu Mehrarbeit fließend.
1942	Chipkartensystem
1946	Alles muss handschriftlich erfasst und doppelt aufgeschrieben werden
1953	Es muss immer ein Überstundenantrag gestellt, welcher pro Tag Handschriftlich ausgefüllt werden muss mit Begründung. Dann muss dieser beim Chef bis zum nächsten Morgen um 9Uhr abgegeben werden. Im Nachhinein muss man dann kontrollieren, ob sie wirklich anerkannt wurden.
1957	Elektronisch per Software, diese ist jedoch nicht gerade intuitiv
1963	Es gibt ein zugegeben verbesserungswürdig gefaltetes Programm um Überstunden einzutragen.
1966	Elektronische Erfassung mit Chip
1996	Umständliches Online-System
2008	müssen vom Vorgesetzten genehmigt werden
2011	undurchsichtiges Zeiterfassungssystem, man bekommt zwar am Monatsende einen Korrekturzettel auf dem man Überstunden ankreuzen kann, muss sich dann aber darauf verlassen, dass alles korrekt übernommen wird. Das zu kontrollieren ist kaum möglich...
2012	Es wird auf Papier dokumentiert. Der Oberarzt muss am Monatsende den Zettel abzeichnen. Er mault häufig rum, fragt nach, regt sich über die geleisteten Stunden auf, unterschreibt aber

	letztlich immer.
2015	Elektronisches Chipsystem
2019	Automatische elektronische Erfassung.
2020	Überstunden müssen genehmigt werden, wenn zu viele aufgeschrieben werden, wird das VOM Chef thematisiert, nach 24H Dienst sehr schwierig...
2022	Wir geben einen Zettel ab mit den geleisteten Überstunden
2026	Überstunden werden nachkontrolliert und müssen begründet werden
2027	Überstunden dürfen dokumentiert werden
2040	Elektronisch
2041	Überstunden unbezahlt
2049	Es gibt regelmäßig Aufforderungen in Form von "Ratschlägen" älterer Assistenten, von Fach- und auch Oberärzten, die Überstunden nicht zu dokumentieren mit Androhung von Konsequenzen, die die ganze Klinik betreffen würden. Teilweise werden einzelne KollegInnen unter Druck gesetzt, in dem man mit schlechten Dienstplänen oder verzögerten Rotationen droht.
2051	Dokumentation von Mehrarbeit ist kein Problem, schwieriger ist es Freizeitausgleich zu bekommen
2058	Wir haben eine elektronische Zeiterfassung
2069	Bisher kein Konzept zur Überstundenregelung vorhanden
2074	Überstunden werden im Dienstplan täglich vermerkt.
2075	Zusätzliche Pausenzeit die man nicht nimmt , Problem 12 h Dienst vom Wochenende und Beginn am Montag - hier Abzug einer halben Stunde da sonst Missachtung Arbeitsschutz
2076	Es kommt auf den Chefarzt an ob er die Überstunden unterschreibt
2078	Überstunden werden digital erfasst, bis zu einer bestimmten Uhrzeit
2081	Es gibt klinikweit ein elektronisches Zeiterfassungssystem. Es erfasst minutengenau, ob man zu spät kommt, aber Überzeit wird nicht automatisch erfasst. Man muss sich die tatsächlichen Zeiten von einem Kollegen mit entsprechender Berechtigung ausdrucken lassen, sämtliche Überstunden händisch in ein Dokument eintragen und diese dann beim Chef einreichen. Wenn dieser die Überstunden genehmigt werden sie an das Personalbüro weitergeleitet und zentral auf einem Konto erfasst. Von dieser Zeit werden dann "Fehlzeiten" nach 24h Diensten ausgeglichen.
2083	Die Übertragung in die Erfassung erfolgt oberärztlich, dies geschieht teilweise nicht
2089	Einsendung der Überstunden per Email innerhalb des ersten Vormittages nach Anfall der Überstunden. Maximal 2 Überstunden pro Arbeitstag.
2090	Unterschrift von Oberarzt sowie Chef muss eingeholt werden sowie Gründe angegeben
2093	Es fallen wenig Überstunden an, diese können dokumentiert werden, werden sie aber häufig nicht
2094	Wir haben elektronische Zeiterfassung in der Klinik. Es wird also die tatsächliche Arbeitszeit täglich dokumentiert
2096	Ausfüllen des Studenzettel, wird anerkannt. Das Problem ist nicht die Doku der Überstunden, sondern diese als Freizeitausgleich zu nehmen, da dafür oft die Ressourcen fehlen (Vertretung etc)! Ausbezahlt wird nicht. Daher existieren die ÜS häufig nur auf dem Papier und das ewig
2112	Überstunden werden nur ausnahmsweise anerkannt, begründet wird dies mit nicht vollbrachter Leistung.
2119	Es sollen keine aufgeschrieben werden
2125	Muss in das abrechnensystem eingegeben werden, darauf haben nicht alle Zugriff! Aber es ist extrem selten, dass Überstunden anfallen.
2126	Ständiges hinterherlaufen, falsche Abrechnungen, Dienst Zeiten und Minusstunden nach Diensten
2130	elektronische Erfassung
2131	Stechkarte
2133	2 Überstunden werden problemlos anerkannt, bei mehr muss die Meldung an Oberarzt zur Anerkennung erfolgen
2134	Elektronische Zeiterfassung. Überstunden müssen allerdings vom Personal Oberarzt noch freigegeben werden, je nach Abteilung mehr oder weniger Diskussion
2136	Eine Überstundenanzahl von mehr als 2 Stunden ist nicht vorgesehen. Die Überstunden müssen oberärztlich genehmigt werden.
2140	Überstunden werden von mir dokumentiert. Es erfolgt eine „Korrektur“ durch den zuständigen Arzt für die Dienstpläne. Wenn es mehr Überstunden sind, als das Arbeitsschutzgesetz zulässt, werden diese gestrichen.
2142	Elektronisches System am Eingang, formlose Nachbuchungen bei z.B. fehlerhafter Buchung/Ausweis vergessen per email an die Personalverwaltung möglich.
2143	In einer Abteilung wurde es quasi verboten, Überstunden zu notieren. Nach Ansicht des Chefs gibt es keine Überstunden. In der anderen Abteilung war es eher kein Problem.

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

2149	Überstunden, müssen in einer komplizierten Tabelle eingetragen, wie auch reguläre Dienstvergütung. Wird die Tabelle nicht abgegeben, werden Dienste nicht vergütet
2150	keine Zeitstempel, sondern individuelle Genehmigung von Überstunden erforderlich, dann handschriftliches Eintragen in einen Zettel mit entsprechender Begründung, die ein Oberarzt unterschreiben muss. im Anschluss keine Kontrolle, ob vollständig genehmigt und übertragen
2152	Zitat Chefarzt: "Der erste der hier versucht Überstunden aufzuschreiben wird von mir sofort gefeuert" Es gibt schlicht und ergreifend kein System für Überstunden, obwohl bereits mit der regulären Nachmittags Konferenz die Regelarbeitszeit überschritten wird.
2153	Umständliches Dokumentieren
2154	Überstunden in gewissen Zeitbereichen außerhalb der Kernarbeitszeit müssen mit einem schriftlichen Antrag anerkannt werden. Dies geschieht dann jedoch problemlos.
2156	Überstunden werden nicht erfasst
2161	Überstunden werden zwar mittels Zeiterfassung erfasst, allerdings alles ab 9.5h Arbeit (inkl Pause) rausgelöscht, muss dann manuell zusätzlich handschriftlich ausgefüllt werden, vom OA unterschrieben und dann dem Personal OA zum nachtragen übergeben werden. Das klappt, ist aber kompliziert und aufwendiger als einfach alles zu erfassen.
2163	Je nachdem unter welchem Chefarzt man tätig ist, werden Überstunden als ein Indiz für zu langsames Arbeiten angesehen und sind somit nicht offiziell zu dokumentieren.
2169	Wir dürfen Überstunden im Erfassungssystem selbständig dokumentieren.
2170	Keine Dokumentation möglich und auch nicht erwünscht
2172	Selbstständiges Aufschreiben, dadurch schreibt man aber auch einige Überstunden nicht auf
2176	Überstunden werden nicht registriert sondern ignoriert
2178	Zeiterfassung mittels Ein- und Ausloggen über Mitarbeiterkarte
2179	Elektronische Stechkarte
2180	Vom Chef nicht akzeptiert
2184	Überstundenzettel werden zurückgegeben, wenn nicht ein Notfall die Überstunden begründet. Hohes Patientenaufkommen ist dabei kein Kriterium. Es ist jedesmal Einfallsreichtum gefragt um seine Überstunden wirklich anerkannt zu bekommen.
2192	Überstunden sind nicht vorgesehen...Aber auch eher selten.
2196	Es gibt kein zeiterfassungssystem
2198	Mehrarbeit wird teilweise fest in den Dienstplan eingeplant, jedoch weniger vergütet als die regulären 40 Stunden
2199	Extra zettel, der ende des Monats vom Chefarzt unterschrieben wird und dann in den dienstplan separat eingetragen werden muss.
2202	Die Dokumentation erfolgt handschriftlich, die Überstunden selbst sind kaum einsehbar und wenig nachvollziehbar aufgrund von Mehrzeitkonten ect
2203	- Ein- und Ausstempelsystem mit Erfassung von Arbeitsbeginn und -ende, jedoch automatische Löschung der Mehrarbeit/Überstunden wenn kein handschriftlicher Korrekturbeleg eingereicht wird in einer Frist von 72 h
2206	Nur bis 1730 zu dokumentieren und nicht beim Dienst
2208	Umständliches austragen der Pausenzeiten einzeln für jeden Tag
2215	Manuell auszufüllender Stundenzettel
2217	Überstunden anzuhäufen ist nicht erwünscht. Gleichzeitig ist das Team kontinuierlich unterbesetzt, so dass für die regulär anfallenden Tätigkeiten personelle Ressourcen fehlen. Ein Arzt, der gewissenhaft arbeiten möchte kann die Menge an Arbeit in der Vorgegebenen Zeit nicht erledigen. Daher ist es wohl gesehen früher zu kommen und später zu gehen als vertrieblich vereinbart ohne dies zu dokumentieren. Überstunden werden gedeckelt und über diese Deckelung hinaus anfallende Überstunden verfallen. Einmal jährlich kommt es zum CUT und die bis dahin nicht in Freizeit ausgeglichenen Überstunden verfallen. Aufgrund der knappen personellen Besetzung ist ein Abbau der Überstunden de Fakto nicht möglich.
2221	Überstunden sind nur möglich aufzuschreiben, wenn man im OP eingeteilt war und nicht selber operiert hat.
2222	Um Überstunden angerechnet zu bekommen muss man ein Formular ausfüllen, welches neben der Anzahl auch eine Begründung weshalb Überstunden anfallen erfragt. Dieses Formular muss durch einen Oberarzt gegengezeichnet werden. Eine barrierefreie Dokumentation von Überstunden ist somit erheblich erschwert.
2226	elektronische Zeiterfassung
2228	Erlaubnis durch Oberarzt muss für jede Überstunde eingeholt werden
2229	Stempeluhr
2231	Überstunden werden mit einer Stechuhr automatisch erfasst.
2232	Na ja, man schreibt eine E-Mail mit Begründung für die Überstunden. Ob sie dann bewilligt werden ist etwas anderes.

2233	Dienstzeiten während rufbereitschaft werden zum Teil als Überstunden dokumentiert
2237	Selbstdokumentation in einer Exceldatei, anschließend einreichen beim Chef zur Abzeichnen
2238	Es gibt kein Zeiterfassungssystem. Überstunden werden händisch von einem ärztlichen Kollegen ins Dienstprogramm eingetragen.
2243	Dokumentation darf zwar offiziell dokumentiert werden, ist aber vom Chef nicht gern gesehen und somit de facto nicht erlaubt
2245	Elektronische Arbeitszeiterfassung. Bei 24 Stundendienste wird automatisch nach 24 Stunden ausgelockt, auch wenn man in der Realität meist 26-28 Stunden da ist..
2246	Kein Erfassungssystem in der Klinik vorhanden und vorgesehen.
2257	Überstunden dürfen nicht dokumentiert werden
2258	Nur privat zu notieren
2259	Hoher Zeitaufwand, undurchsichtige Abrechnung, arbeitszeiten nur fragl. Unbedenklich im Sinne des Arbeitszeitgesetz
2263	In unserer Abteilung ist es nicht kompliziert Überstunden zu dokumentieren, aber es schwierig diese nachzuhalten. Sie werden von unserem Oberarzt eingegeben, aber wir haben keinen Zugang zu unseren Stundenkontos und wissen damit nicht wie viele Überstunden man hat.
2264	Die Abrechnung wird von einer Person gemacht, die gleichzeitig List führt, wie viele Überstunden man gemacht hat.
2268	Freigabe durch Chefarzt nötig
2271	Selbständige Dokumentation wird anerkannt
2274	Überstunden werden dokumentiert und „anerkannt“, aber häufig nicht vollständig ausgezahlt (wer nicht aufpasst bekommt weniger ausgezahlt. Auf Nachfrage: aus versehen. Interessant ist aber, dass aus versehen nie zu viel gezahlt wird..) Es wird meist abgerundet. Überstunden und mehrarbeit werden schlecht bezahlt.
2277	Jede einzelne Minute muss auf einem Zettel einzeln beim CA genehmigt werden lasseb
2284	Ich gebe einen Stundenzettel und habe keine Ahnung, welche Stunden davon angerechnet werden. Ich müsste erst einmal durch die Gegend telefonieren, um zu erfahren, was ich für ein Überstunden Konto habe und müsste wahrscheinlich noch selbst nachprüfen, wieviele dabei nicht eingerechnet wurden.
2285	Überstunden werden bis zu einer Stunde pro Tag erfasst. Was darüber hinaus geht muss handschriftlich im Sekretariat eingereicht werden. Bisher gab es keine Probleme bei der Anerkennung.
2286	Neue Stelle seit Juni 18. Bislang noch kein Freizeitausgleich erfolgt. In Vorklinik noch desaströsere Zustände.
2292	Überstunden werden ohne Begrenzung und sehr einfach dokumentiert.
2293	Es gibt im Bereich der Medizinischen Klinik 3 keine Möglichkeit der Dokumentation von Mehrarbeit. Dies ist explizit nicht gewünscht.
2294	Die Dokumentation ist sehr einfach, jedoch erfolgt die Freigabe des Oberarztes nur nach "begründeter Mehrarbeit". Die Auslegung dessen ist ein Streitthema zwischen den entsprechenden Parteien. Ökonomische Zwänge der Verwaltung erklären dieses Vorgehen.
2295	Elektronische Stechuhr
2299	Oberärzte entscheiden wie viele Überstunden aufgeschrieben werden. In der Probezeit dürfen gar keine Überstunden aufgeschrieben werden.
2300	Da eine Anerkennung aktuell nicht erfolgt, ist eine Dokumentation nur privat möglich.
2306	Stempelsystem, aber manuelle Nachbearbeitung erforderlich
2308	Überstunden müssen schriftlich begründet werden. Für Dokumentationsarbeit dürfen keine Überstunden aufgeschrieben werden. So sitzt man oft nach einem ergebnisreichen Arbeitstag noch abends in der Klinik um die Doku nachzuholen. Diese Überstunden werden kollektiv vom gesamten Assistenzärzte Team nicht dokumentiert.

2316	Löschen vorgegebener Zeiten und Tätigkeiten gefolgt von neu eintragen der realen arbeitszeit. Nimmt zusätzlich Zeit in Anspruch. Das ganze in separaten log in...
2317	Überstunden / Mehrarbeit muss durch Oberarzt bestätigt werden, wird kaum gemacht, da es für die Klinik preiswerter ist, wenn wir Ärzte unbezahlt und undokumentiert länger bleiben
2318	Überstunden > 0,5h dürfen aufgeschrieben, es wird jedoch erwartet, dass bei einer regulären Arbeitszeit von 7-16 Uhr der Arzt Punkt 7 Uhr umgezogen auf ITS zur Visite erscheint und ab 16 Uhr zB den OP verläßt, bzw abgelöst wird. Die Zeit für Umziehen wird, obwohl im Tarifvertrag als Arbeitszeit festgestellt, nicht aufgeschrieben. Pro Tag sind das schon mal locker 30min (zivil auf blau, blau auf grün und zurück zzgl Weg zu den Umkleiden im Keller), auf 5 Tage die Woche sind das 2,5h, die vom Arbeitgeber erwartet werden, kostenfrei zu leisten.
2321	Elektronische Erfassung
2323	Trotz zeitdokumentation müssen Überstunden In einem anderen Programm exakt dokumentiert werden. Doppelt gemoppelt. Wird oft vergessen bei diesem Aufwand
2326	Arbeitszeit zwar abgestempelt aber ab 2 h Überstunden nicht mehr als solche angerechnet
2327	Kompliziertes System. Keine automatische Zeiterfassung
2336	Im Krankenhaus waren Überstunden auf der Chirurgie freiwillige Mehrarbeit unbezahlt aber erwartet, innere wurde bezahlt, Neurologie schichtarbeit und daher nicht erforderlich. Auf der inneren wurde in der bereichszeit meist durchgearbeitet. In der Praxis darf alles aufgeschrieben werden und man bekommt freizeitausgleich
2339	Zeiterfassung durch Stempeln
2352	Dokumentation möglich, mehr als 10 Überstunden pro Monat führen zu Druckausübung durch Leitung.
2345	Befristete Verträge zwingen die Assistenten Mehrarbeit nicht zu dokumentieren. Entsprechende Ansagen von der Führungsebene sind mehrfach erfolgt. Es ist eine Ehre an einer Uni länger arbeiten zu dürfen.
2346	Jede Überstunden muss mit gutem Grund vom Oberarzt genehmigt werden
2348	Keine StechUhr. Dokumentation macht Assistenzarzt selbst und der zuständige Oberarzt muss es genehmigen.
2351	Elektronische Stempel Uhr
2353	Es wird gestempelt, daher dokumentiert, aber freizeitausgleich oder Bezahlung gab es bisher nicht
2356	Neben dem normal Arbeitstundenzettel gibt es noch eine extra Exceltabelle mit gesondertem Zugang, in welche man die Überstunden des vorherigen Monats dokumentieren muss. Diese muss man sich aber selber im Vorfeld merken/ notieren.
2359	Handschriftliche Dokumentation durch Mitarbeiter
2361	In meiner jetzigen Stelle fallen ehrlicherweise nahe keine Überstunden an. Evtl. mal eine halbe Stunde pro Woche, die dann allerdings nicht dokumentiert wird.
2364	Um für Patienten und sich selbst zufriedenstellend arbeiten zu können, sind Überstunden erforderlich.
2366	Abgabe eines Blattes monatlich bei der Sekretärin mit einer Zeile für jeden Tag: anzahl Überstunden, Grund
2371	Stempelsystem
2372	Mittagspausen welche nicht genommen werden, werden trotzdem Pauschal abgezogen. Wenn man länger als 10h bleibt. Muss man eine Stellungnahme schreiben. Viel Aufwand und Bürokratie. Folglich "toucht" man sich aus und arbeitet umsonst. Morgige Zeit beim Umziehen zählt da es keine Gleitzeit gibt nicht zur Arbeitszeit.
2374	Es gibt keine automatische Zeiterfassung. Das einloggen in ein Zeiterfassungssystem ist notwendig. Eingetragene Überstunden müssen dann noch genehmigt werden.
2379	Objektive Zeiterfassung
2381	Wir machen sehr selten Überstunden und schreiben sie dann eher nicht auf.
2382	Es wird maximal 1 Stunde dokumentiert, alles darüber hinaus wird nicht angerechnet. Zudem werden wir ständig von unserer Oberärztin kritisiert, wenn wir Überstunden machen, obwohl dies zwingend notwendig ist.
2389	eigentlich nicht sehr kompliziert, führt aber jedes Mal zu Rückfragen, warum Überstunden notwendig waren und wird großteils nicht anerkannt
2393	Die Dokumentation der Überstunden werden teilweise nicht genehmigt.
2396	Stunden werden konsequent ab 18:30 abgeschnitten. Man muss jede entstandene Überstunde dokumentieren und letztendlich schriftlich über die PA die Gutschrift beantragen... Auch bekommt man keinerlei Rückmeldung bzw schon gar nicht zeitnah wie mit den Antrag verfahren wurde.
2398	Es wird penibel auf die Arbeitszeit geachtet. Begründete Überstunden werden problemlos aufgeschrieben.
2399	Nach 10 Stunden Anwesenheit bzw. 18:00 Uhr wird die Zeit gekappt, weitere Überstunden

	verfallen.
2400	Überstunden können aufgeschrieben werden. Allerdings wird nie Mittagspause gemacht und diese halbe Stunde täglich wird nie dokumentiert
2402	Überstunden müssen vor Ableistung beim Oberarzt erfragt und erlaubt werden. Ungefragt geleistete Überstunden werden nicht vergütet
2403	Chefarzt möchte grundsätzlich nicht das Überstunden dokumentiert werden. Es liegt am mangelnden Zeitmanagement des Arztes! Eine Frechheit!
2404	Keine offizielle Dokumentation der Überstunden da diese nicht finanziell oder mit Freizeit ausgeglichen werden
2408	Überstundendoku nicht selbstständig sondern via offen ausliegender Liste, teilweise wurden geleistete Überstunden hinterfragt bzw, suggeriert, dass dies doch nicht sein könne.
2413	vom Chefarzt am Folgetag abzeichnen lassen und in Personalabteilung einreichen
2416	bis jetzt keine Arbeitszeiterfassung, selbst dokumentierte Überstunden werden von den Vorgesetzten nicht unterschrieben
2419	Es gibt eine Stechkarte
2422	Elektronische Zeiterfassung
2425	Elektronische Zeiterfassung
2428	Es gibt einen definierten Zettel welcher unterschrieben werden muss. Der Zugang zum Zettel und das ausfüllen ist kein Problem, lediglich die Unterschrift.
2432	Selbstdokumentation über Stundenzettel
2436	Online Portal, mehrfaches einloggen notwendig, nur innerhalb 1 Woche einzutragen
2437	es wird eingechipt, aber man muss nach 30 min "explizite Arbeitszeit" buchen und diese rechtfertigen, sonst gibt es keine Überstunden. Wird auch nicht gern gesehen, dass man dieses bucht...machen ja, arbeit erledigen ja, aber ohne bezahlte Überstunden
2444	Subjektive Prüfung durch oberarzt
2446	Klares Arbeitszeit Erfassungsprogramm
2447	Es werden keine Überstunden dokumentiert
2448	Jeder Tag an dem Überstunden gemacht werden, müssen von dem betreuendem Oberarzt unterzeichnet werden. Der Zettel muss dann in das Sekretariat des Chefarztes gebracht werden. Vielen Kollegen finden diese Aufwand nicht wert, wenn man zB "nur eine Stunde länger" im Krankenhaus geblieben ist. Außerdem muss man jedes Mal Gründe für die Überstunden aufschreiben. Die Unterschrift durch den Oberarzt gibt es nur, wenn die Begründung stimmt. Angehörigengespräche nach Dienstschluss sind zum Beispiel ein Ausschlusskriterium. Also schreibt grundsätzlich jeder "Notfälle auf Station."
2451	Eigenständige Dokumentation ohne Überprüfung durch Vorgesetzte
2452	Überstundenzettel, keine extra Beantragung
2455	Trotz Chipping müssen Überstunden per Hand für alle Kollegen sichtbar im Sekretariat bis Ende des Monats dokumentiert und begründet werden. Die werden dann inkl. Begründung und Chipping gecheckt und dann meist anerkannt.
2456	Arbeitszeiten werden am PC dokumentiert und jede Minute zählt.
2459	Überstunden müssen vom CA genehmigt werden, leider werden diese Überstundenzettel oft genug vom CA zerissen und nicht anerkannt. Zudem fehlt eine offizielle Erfassung aller Überstunden via elektronischem oder Lochkarten-System. => nicht nachvollziehbar wie viele Überstunden genehmigt werden, häufig gibt man weniger Überstunden an, damit der Zettel genehmigt und die Überstunden anerkannt werden.
2464	Überstunden muss man selbstständig auf eine Arbeitszeitkarte notieren, der zuständige Oberarzt muss die dann unterschreiben, was aber nicht unbedingt passiert wenn zu viele "unbegründete" Überstunden angefallen sind.
2466	Überstunden werden größtenteils nicht dokumentiert. Damit Überstunden angerechnet werden, müssen sie von 2 Vorgesetzten „abgezeichnet „ werden.
2468	wie notiere ist halbe studen, was ist normale überstunenzahl
2471	Steckuhr. Hausvisiten, andere Auserwärtstermine, Anfahrzeiten werden per Hand eingetragen
2473	Bis 30 Überstunden pro Monat werden vergütet, es fallen aber mehr an. Freizeitausgleich ist nicht möglich.
2475	Inoffizielle feste Vereinbarung mit dem Führungspersonal, dass statt Überstunden zusätzliche Dienstzeit vergütet wird (nach Datenerhebung zuungunsten der Assistenzärzte, insbesondere für diejenigen ohne Dienste)
2476	Mit dem neu eingeführten Zeiterfassungssystem ist die Dokumentation einfach geworden, aber die Anerkennung bleibt trotzdem schwierig.
2477	kein elektronisches System, es dürfen laut Arbeitszeitgesetz nur 1,5 Stunden aufgeschrieben werden, alle anderen werden nicht dokumentiert
2478	Überstundenzettel wird abgegeben
2480	Überstunden werden auf Vertrauensbasis aufgeschrieben und am Ende des Folgemonats vergütet, bzw aufs Stundenkonto gutgeschrieben

2481	Es existiert eine Überstundenpauschale
2482	Schriftliche Dokumentation mit Begründung der Überstunden, Nachweis der Tätigkeit in den Überstunden, monatlich Vorlage bei CA
2492	Digitale Zeiterfassung
2493	Überstundenzettel liegen im Besprechungsraum frei zugänglich
2495	Badge
2496	auf Vertrauensbasis
2500	Ich schreibe einen Zettel und mein OA pflegt es Tage später ins System ein
2503	Elektronischer Zeiterfassung lässt nur 1 Üstunde zu. Handschriftliche Doku weiterer Üstunden notwendig, mit Begründung, muss dem Oberarzt vorgelegt werden, der es dann (ggf) unterschreibt. Kollegen stempeln aus und arbeiten danach einfach weiter.
2505	Es gibt ein Stempelsystem mit elektronischer Zeiterfassung, die Beantragung der Überstunden ist allerdings sehr umständlich und zeitaufwendig. Sonst verfallen die Überstunden am 4. des Folgemonats.
2507	Elektronische Zeiterfassung, bei Überstunden mit Anspruchsregelung (diese müssen am Ende des Monats schriftlich begründet werden)
2510	ÜBERSTUNDEN MÜSSEN SCHRIFTLICH GERECHTFERTIGT UND BEANTRAGT WERDEN
2512	Alles was unter einer Stunde ist wird nicht anerkannt. Die üs werden erdt seit einem halben Jahr überhaupt aber mich vollständig anerkannt.
2516	Das Aufschreiben von Plusstunden und Überstunden ist nach mündlicher Ansage nur erlaubt, wenn eine höherer Anteil des Teams erkrankt oder wenn eine sehr hohe Nummer an Patienten auf der Station ist. Dies tritt an weniger als einem von hundert Tagen im Jahr ein.
2517	Automatische Zeiterfassung
2518	geleistete Mehrarbeit muss jeweils von einem Oberarzt oder Abteilungsleiter abgezeichnet werden, was nicht immer problemlos möglich ist, es besteht jedoch die Möglichkeit die Mehrarbeit selbst zu dokumentieren und Probleme an den Personalrat und darüber anonymisiert an die Personalabteilung weiterzugeben
2521	Überstunden im Schichtdienst werden nur in Ausfällen nach oberärztlicher RS anerkannt. Überstunden auf den Normalstationen werden nicht genehmigt mit Ausnahme der Privatstation, auf der alle Überstunden genehmigt werden.
2523	Man kann selbst dokumentieren
2525	Elektronische Zeiterfassung
2530	Die Überstunden werden von uns selber aufgeschrieben. Und auch von uns eingepflegt und dann an die Personalabteilung weitergegeben
2532	Werden vom Arbeitnehmer auf Papier aufgeschrieben, Ende des Monats vom Oberarzt abgezeichnet und von der Sekretärin in den Dienstplan eingetragen
2541	Es gibt keine Zeiterfassung. Überstunden sollen nicht gemacht werden. Wenn doch welche gemacht werden können Überstunden nur in Absprache mit dem Vorgesetzten genommen werden. Es gibt keine offizielle Regelung.
2547	Wir haben ein Zeiterfassungssystem. Allerdings wird nur eine Überstunde automatisch gutgeschrieben. Alle weitere werden nur auf Antrag genehmigt und teilweise auch gar nicht genehmigt.
2552	Kein system Überstunden aufzuschreiben
2553	Sowohl an der Universitätsklinik als auch an dem kirchlichen Haus wurden Überstunden erfasst.
2555	ein- und ausstempeln erfasst die genaue Arbeitszeit. Überstunden >30 Min/Tag müssen einzeln gerechtfertigt und beantragt werden (problemlos).
2562	Schriftlicher Antrag, einreichen Personalabteilung
2563	Papierdokumentation, die kann auch mal verschwinden
2565	Zettel einreichen und dann werden die Überstunden erfasst
2572	Zettel hängt an einem bestimmten Ort
2573	Die Dokumentation ist nur mit Papier gemacht. Es gibt kein automatisches System um Überstunden einzutragen.
2574	Wir schreiben unsere Plus- und Minuszeiten selbst auf und geben Sie an den Kollegen weiter, der sie im Stundenkonto eingibt. Im Prinzip könnte man also Minutengenau angeben, wie viel länger man wann bleibt. Dafür müsste man aber jedes Mal eine E-Mail schreiben oder es sich zumindest irgendwo selbst notieren. Das tut man in Alltag aber nicht immer, so dass, gerade wenn man häufig nur wenig länger bleibt - was sich dann aber eben schnell auf mehrere Stunden aufsummiert - diese Zeiten unter den Tisch fallen. Zumal man sich manchmal auch blöd vorkommt, wegen 15 Minuten eine Mail zu schreiben. Aber wenn die Zeiten per Stechkarte erfasst würden, würden auch diese oft anfallenden kurzen Mehrzeiten ja regelmäßig erfasst. Es ist somit eher ein Problem der Praktikabilität im Arbeitsalltag, nicht der grundsätzlichen Möglichkeit zur Dokumentation.
2576	Arbeitszeiterfassung digital. Überstunden müssen jedoch noch beantragt werden - das geht

	elektronisch und wäre ebenfalls kein Problem. Jedoch persönliche Hemmschwelle alle Überstunden zu beantragen, da es so viele sind...
2577	es werden keine Überstunden dokumentiert, weil keine gemacht werden. Die Arbeits- und Öffnungszeiten sind so geplant, dass sie in das Wochenkontingent passen
2579	Vorgesetzte weisen auf korrekte Dokumentation hin, um allenfalls neue Stellenprozente genehmigt zu bekommen
2582	Muss oberärztlich genehmigt werden. Dies wird nicht gern gesehen.
2585	Es ist umständlich uns etwas erniedrigend
2587	Es ist keine automatische Erfassung, weswegen durchaus Minuten immer "verloren" gehen, Pausen wurden zuvor immer grundlos abgezogen, obwohl man keine hatte, dies hat sich nun, glaube ich, geändert
2591	Es wird sehr darauf geachtet, dass Mehrarbeit dokumentiert wird.
2597	Onlinemaske zur Zeiterfassung vorhanden, Login von jedem PC-Zugang möglich. Erfassung der Überstunden möglich, Anerkennung bei nachvollziehbarer Begründung gegeben.
2602	Arbeitszeit wird nicht erfasst und Überstunden verpuffen somit im Nichts
2603	Nicht gewünscht vom OA. Zu früh kommen (nötig für Tagesablauf) wird nicht anerkannt
2605	Die geleisteten Überstunden müssen von den Oberärzten gegengezeichnet werden, viele Oberärzte weigern sich jedoch. Hinzu kommt, dass meist nicht mehr als 1-2 Tage Freizeitausgleich gegeben werden. Es wird gesagt, man solle keine Überstunden machen, meist schafft man es aber ohne nicht.
2608	Persönliches Gespräch aufschreiben und bei Gelegenheit eher gehen
2609	Jede Überstunde muss ausführlich begründet werden
2610	-Zeiterfassungskarte, trotzdem muss man Überstunden aufschreiben und begründen
2614	Es erfolgt keine Zeiterfassung an einer "Stechuhr", die angefallenen Überstunden werden im Intranet über den eigenen Benutzernamen+Passwort eingetragen. Dokumentation ab 30min, auch kumulative Überstunden sind möglich (z.B. 2x15min als 30min eintragen).
2615	Zeiterfassung
2618	Es muss ein freier Rechner zur Verfügung stehen und der passende Benutzer muss angemeldet sein
2619	Stunden werden minutengenau mittels Stempeluhr erfasst
2620	Man muss Überstunden vom Chefarzt telefonisch genehmigt bekommen. Zu spätdienst oder Nachtdienst Zeiten ist dieser aber nicht mehr im Haus, weshalb Überstunden nicht genehmigt werden können und so auch nicht anerkannt werden.
2621	Überstunden müssen im Vorhinein vom Chef genehmigt werden. Dieser sagt er möchte in Zukunft dass keine Überstunden mehr
2627	Am oc im entsprechenden orogramm moglicht, gelegentlich ist das Programm gesperrt oder dienste wieder umgetragen.
2632	Eine Dokumentation ist möglich, wird aber nur von den wenigsten Kollegen wahrgenommenen. Sodass ein schlechtes Gewissen daraus resultiert es zu nutzen. Dokumentierte Überstunden werden nicht automatisch alle anerkannt.
2638	Selbstständige Eingabe von Überstunden/Mehrarbeit über ESS möglich, allerdings ist teilweise nicht transparent, ob diese auch genehmigt/freigegeben und angerechnet wurden.
2642	Überstunden existieren formal nicht, der Personalgeschäftsbereich bietet keinerlei Möglichkeit an dies zu dokumentieren, auch nicht auf Anfrage
2643	Dokumentation für jeden Monat auf einem Din A3-Zettel per Hand, jeden Tag Eintragung der vorgesehenen Arbeitszeit plus der Mehrarbeit bzw. Überstunden Extraregelung für Dienste etc. In unserer Abteilung jeden Monat ein Rätsel, wie dieser Zettel auszufüllen ist
2646	- man kann natürlich für sich die Überstunden dokumentieren aber es ist nicht vorgesehen sie strukturiert zu erfassen - für Überstunden gibt es weder frei noch Geld - Zltat Chefarzt: "das ist ihre eigene Weiterbildungszeit"
2647	Es werden keine Überstunden anerkannt, obwohl bei allen Assistenzärzten genügend anfallen. Eine Dokumentation ist nicht vorgesehen. Sämtliche Diskussionen hierzu werden im Keim erstickt.
2649	Exceldokument, welches am Ende des Monats abgegeben wird
2655	teilweises Hinterfragen, ob Überstunden nötig waren
2658	Liste für Überstunden hängt aus. Jeder kann sie eintragen.
2659	Per Chipkarte wird das Kommen und Gehen erfasst.
2660	Einfaches Eintragen in einer selbst erstellten Excel Tabelle mit Begründung für jeweilige Überstunden am Monatsende abzugeben
2667	Stempeluhr plus handgeschriebener Zettel der vom OA gegengezeichnet werden muss, bei mehr als 1 Überstunde am Tag.
2668	E-Mail an die Sekretärin reicht, wird immer bezahlt
2679	Aufwendiges Eintragen, keine Einweisung

2680	Überstunden werden nur sehr schwer anerkannt durch den Chefarzt. Werden von den Assistenzärzten genau dokumentiert und dann nicht abgezeichnet.
2682	Überstunden-Pauschale 20h/Monat, darüber hinaus keine Abrechnung, ggf. Freizeitausgleich aber aufgrund personeller Besetzung nicht möglich
2684	Ein- und Ausstechen bei Arbeitsbeginn bzw. Arbeitsende, jedoch werden Zeiten außerhalb der Dienstzeiten nicht erfasst.
2691	50% der Überstunden werden als Freizeit-Ausgleich gegeben, die anderen 50%, ca. 100h pro Jahr verfallen, werden aber erfasst
2692	Dokumentieren kann ich alles... aber einreichen kann ich es nirgends...
2696	Oberärztliche Kontrolle aller dokumentierter Stunden und Dienstzeiten sowie konsequentes streichen der Zeiten
2703	Die Überstunden werden mittels eines Zeiterfassungssystems erfasst
2706	Es wurden eib halbes Jahr Überstunden dokumentiert . Diese wurden zum Teil ausbezahlt. Da es so viele waren, wurden Stellen gestrichen. Jetzt sollen keine Überstunden mehr anfallen und daher nicht dokumentiert werden. Bei begründeten Überstunden ist der Oberarzt zu informieren, jedoch nicht für alle Gründe, wie zB Briefe.
2710	Elektronische Erfassung mit Transponder
2714	Chef wünscht keine Überstunden
2716	Es muss täglich die Mehrarbeit schriftlich begründet und von dem Abteilungsleiter gegengezeichnet werden(da ist die Akzeptanz auch unterschiedlich) Zudem muss man dann die Mehrarbeit zusätzlich elektronisch noch eintragen in ein gesondertes Programm
2718	Stempeln
2721	Müssen auf Zettel mit Durchschlag handschriftlich eingetragen werden und dann in Fach geworfen. Zettel sind nicht individuell, alle Daten müssen jedes mal ausgefüllt werden. Geleistete Bereitschaftsdienste müssen ebenfalls von Hand erfasst werden. Sehr umständlich...
2724	Exel Tabelle ausfüllen ist leicht, bisher weiß ich aber nicht, was mit den Überstunden passiert
2739	Für Bereitschaftsdienste/Nachtdienste (die keine Bereitschaftsdienste sind, sondern 100 % Anwesenheit und Arbeit) werden Minusstunden eingetragen, die man mit "Überstunden" unter der Woche ausgleichen muss. Überstunden zu dokumentieren bringt also nichts.
2741	Doppelte Stundenführung - ein- und ausstempeln und zusätzlich handschriftliche Liste mit den Überstunden und Begründung dazu
2744	Zeiterfassungssystem
2746	praktisch keine angeordneten Überstunden, Überstunden nur dokumentiert bei Sonntagsarbeit, innerhalb der regulären Arbeitszeit ca. 2-6 Std. länger auf der Arbeit pro Woche da zeitlich nicht innerhalb 8 Std Arbeitszeit schaffbar (Personalmangel durch Urlaub, Krankheit) und hoher Versorgungsbedarf
2776	Es gibt ein Programm für die Dienstzeiterfassung (ESS), wo jeder Mitarbeiter einen Zugang hat und bis zu 14 Tage zurück Überstunden oder nicht genommene Pausen dokumentieren kann. Viele Mitarbeiter in der Klinik für Anästhesiologie tun das und soweit ich das bisher mitbekommen habe, werden diese Überstunden bis zu 60 Stunden abgebummelt und darüber hinaus automatisch ausgezahlt.
2781	Zeitstempel via Karte, minutengenaue Abrechnung, automatische Einspeisung ins System mit jederzeit möglicher Einsehbarkeit
2783	Dokumentation über Zeiterfassungsprogramm, Begründung erforderlich, muss vom LOA anerkannt und freigegeben werden. Fehlende Pausen können nicht dokumentiert werden.

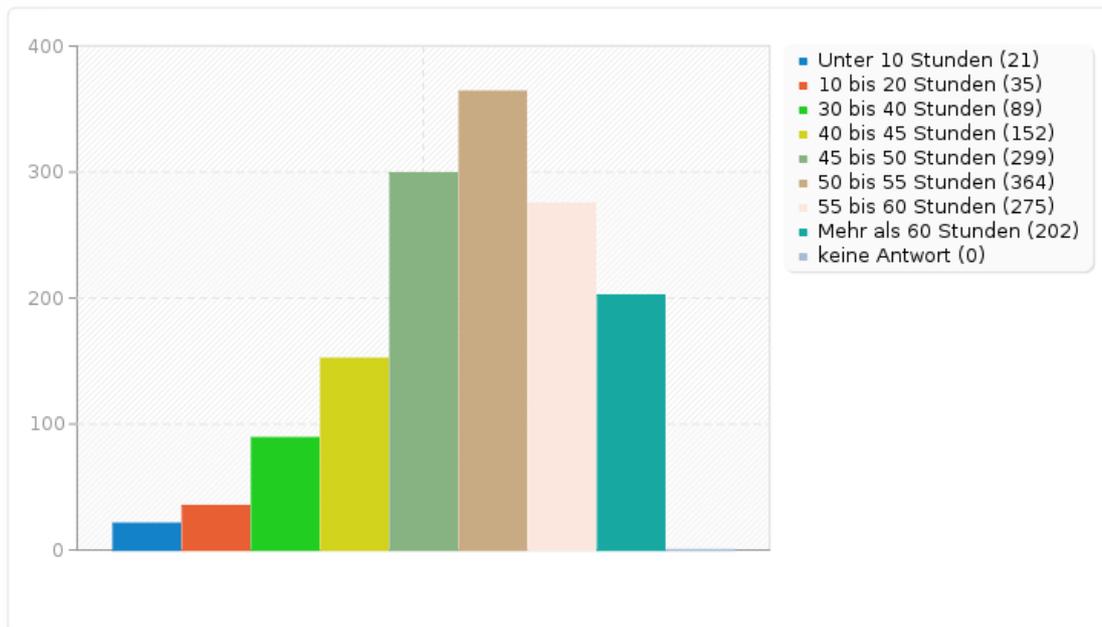
Feld-Zusammenfassung für A4

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich in der Woche (inkl. Bereitschaftsdienstzeiten, Überstunden/ Mehrarbeit)?

Antwort	Anzahl	Prozent
Unter 10 Stunden (A1)	21	1.46%
10 bis 20 Stunden (A9)	35	2.44%
30 bis 40 Stunden (A7)	89	6.19%
40 bis 45 Stunden (A11)	152	10.58%
45 bis 50 Stunden (A2)	299	20.81%
50 bis 55 Stunden (A3)	364	25.33%
55 bis 60 Stunden (A10)	275	19.14%
Mehr als 60 Stunden (A4)	202	14.06%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für A4

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich in der Woche (inkl. Bereitschaftsdienstzeiten, Überstunden/ Mehrarbeit)?



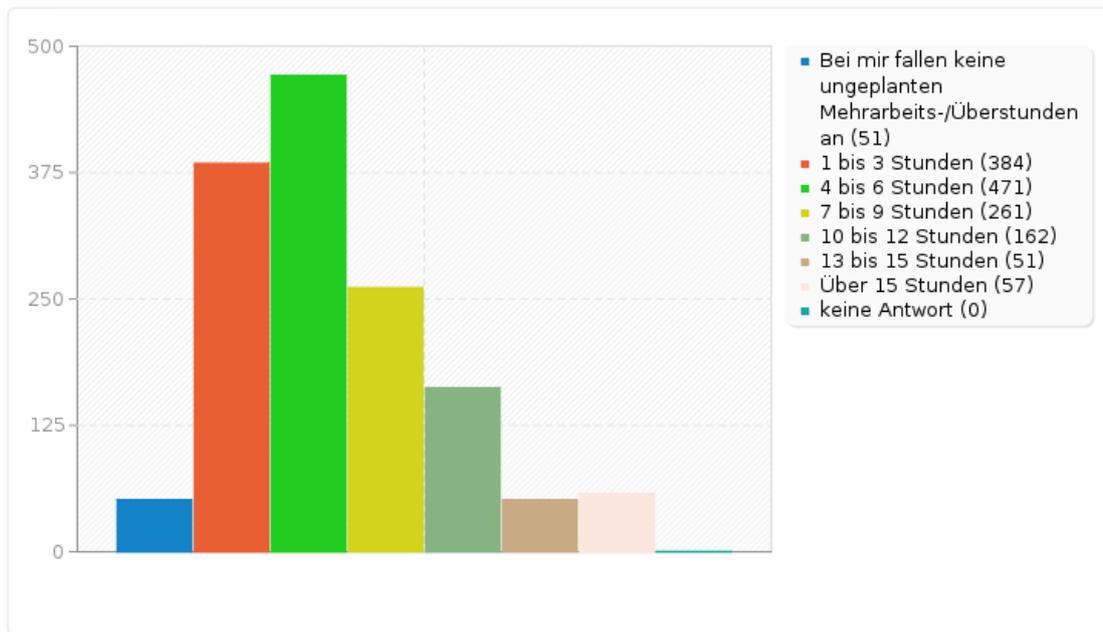
Feld-Zusammenfassung für A5

Auf wie viele ungeplante Mehrarbeits-/Überstunden kommen Sie durchschnittlich pro Woche?

Antwort	Anzahl	Prozent
Bei mir fallen keine ungeplanten Mehrarbeits-/Überstunden an (A1)	51	3.55%
1 bis 3 Stunden (A4)	384	26.72%
4 bis 6 Stunden (A2)	471	32.78%
7 bis 9 Stunden (A3)	261	18.16%
10 bis 12 Stunden (A5)	162	11.27%
13 bis 15 Stunden (A8)	51	3.55%
Über 15 Stunden (A7)	57	3.97%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für A5

Auf wie viele ungeplante Mehrarbeits-/Überstunden kommen Sie durchschnittlich pro Woche?



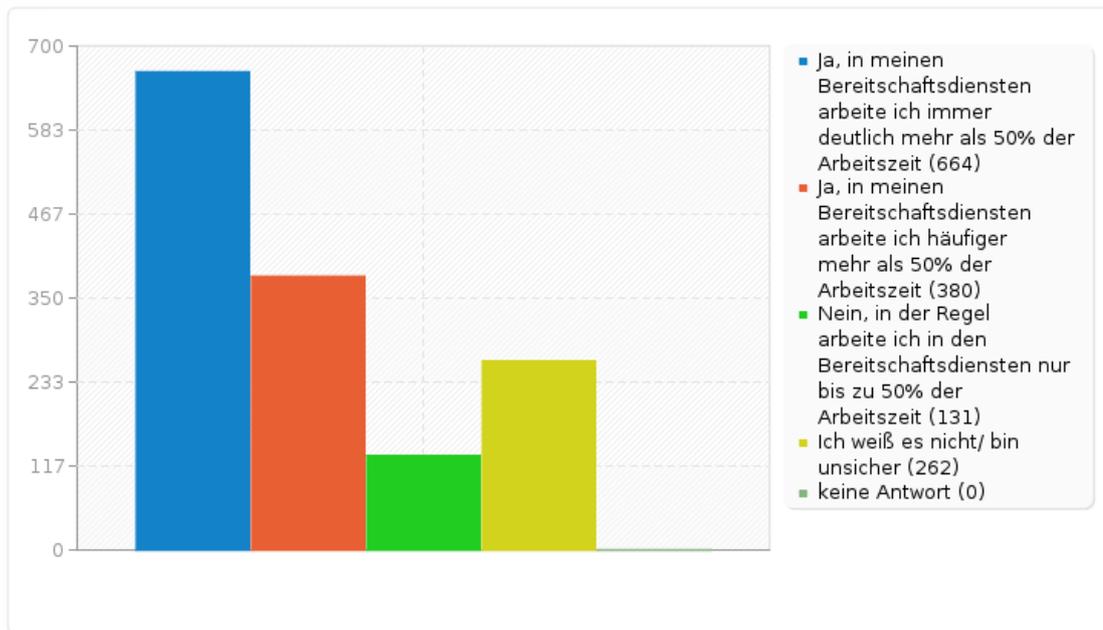
Feld-Zusammenfassung für A6

Sie wissen, dass im Bereitschaftsdienst eine Beanspruchung ("tatsächliche Arbeitszeit") von maximal 50% der Arbeitszeit zulässig ist. Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie während Ihrer Bereitschaftsdienste in der Regel tatsächlich mehr als 50% der Arbeitszeit beansprucht werden?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja, in meinen Bereitschaftsdiensten arbeite ich immer deutlich mehr als 50% der Arbeitszeit (A1)	664	46.21%
Ja, in meinen Bereitschaftsdiensten arbeite ich häufiger mehr als 50% der Arbeitszeit (A2)	380	26.44%
Nein, in der Regel arbeite ich in den Bereitschaftsdiensten nur bis zu 50% der Arbeitszeit (A3)	131	9.12%
Ich weiß es nicht/ bin unsicher (A4)	262	18.23%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für A6

Sie wissen, dass im Bereitschaftsdienst eine Beanspruchung ("tatsächliche Arbeitszeit") von maximal 50% der Arbeitszeit zulässig ist. Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass Sie während Ihrer Bereitschaftsdienste in der Regel tatsächlich mehr als 50% der Arbeitszeit beansprucht werden?

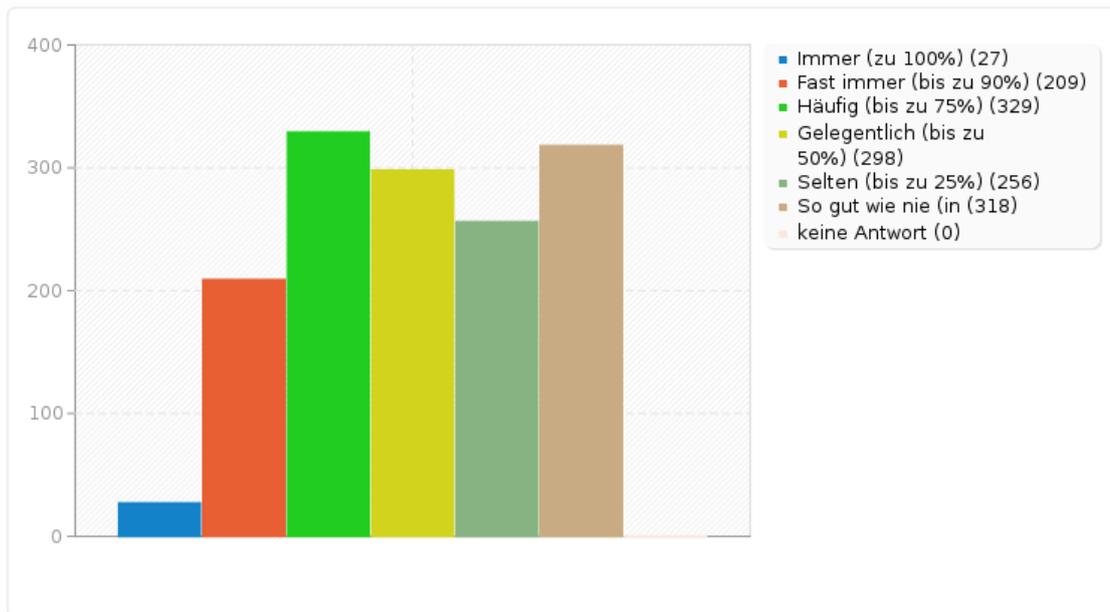


Feld-Zusammenfassung für A7**Können Sie Ihre Pausenzeiten einhalten?**

Antwort	Anzahl	Prozent
Immer (zu 100%) (A1)	27	1.88%
Fast immer (bis zu 90%) (A2)	209	14.54%
Häufig (bis zu 75%) (A3)	329	22.89%
Gelegentlich (bis zu 50%) (A4)	298	20.74%
Selten (bis zu 25%) (A5)	256	17.81%
So gut wie nie (in (A6)	318	22.13%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für A7

Können Sie Ihre Pausenzeiten einhalten?



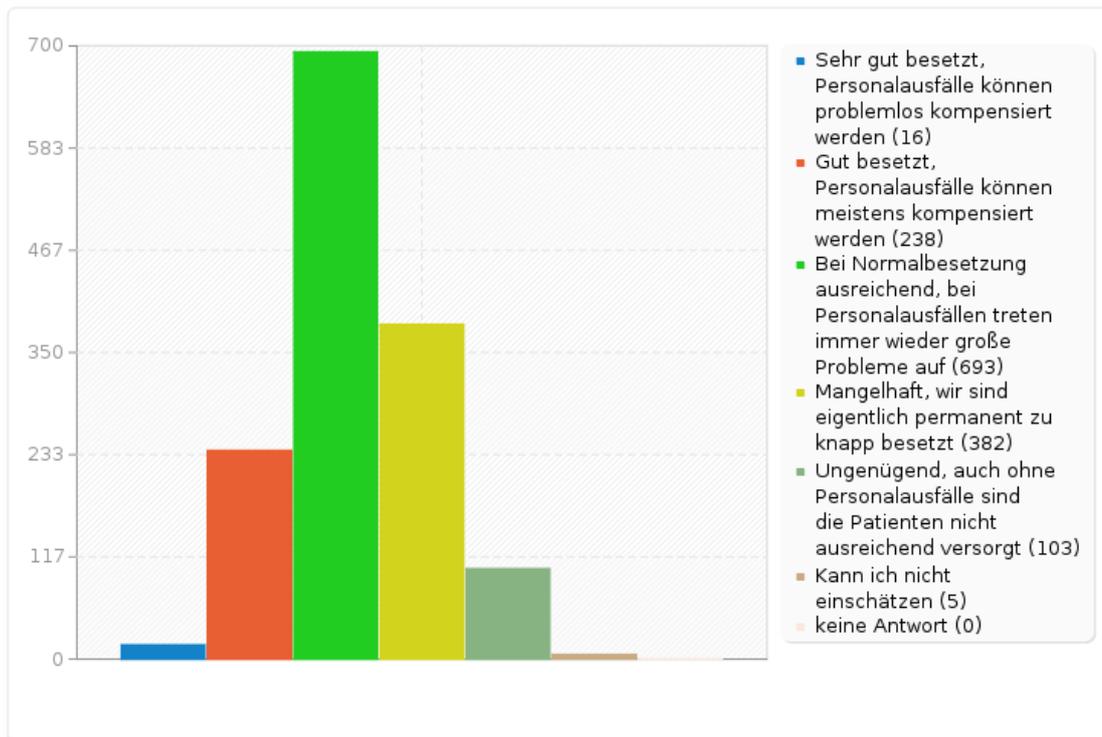
Feld-Zusammenfassung für A8

Wie schätzen Sie in Ihrer Abteilung die ärztliche Personaldecke ein?

Antwort	Anzahl	Prozent
Sehr gut besetzt, Personalausfälle können problemlos kompensiert werden (A1)	16	1.11%
Gut besetzt, Personalausfälle können meistens kompensiert werden (A2)	238	16.56%
Bei Normalbesetzung ausreichend, bei Personalausfällen treten immer wieder große Probleme auf (A3)	693	48.23%
Mangelhaft, wir sind eigentlich permanent zu knapp besetzt (A4)	382	26.58%
Ungenügend, auch ohne Personalausfälle sind die Patienten nicht ausreichend versorgt (A5)	103	7.17%
Kann ich nicht einschätzen (A6)	5	0.35%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für A8

Wie schätzen Sie in Ihrer Abteilung die ärztliche Personaldecke ein?

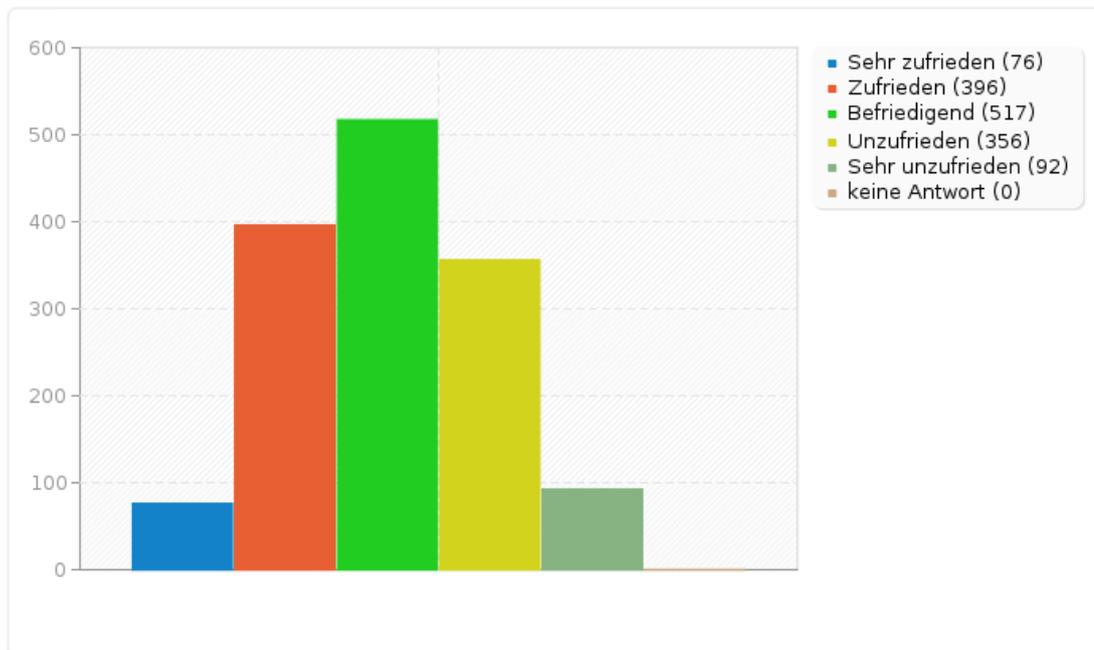


Feld-Zusammenfassung für B1**Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen?**

Antwort	Anzahl	Prozent
Sehr zufrieden (A1)	76	5.29%
Zufrieden (A2)	396	27.56%
Befriedigend (A3)	517	35.98%
Unzufrieden (A4)	356	24.77%
Sehr unzufrieden (A5)	92	6.40%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für B1

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen?



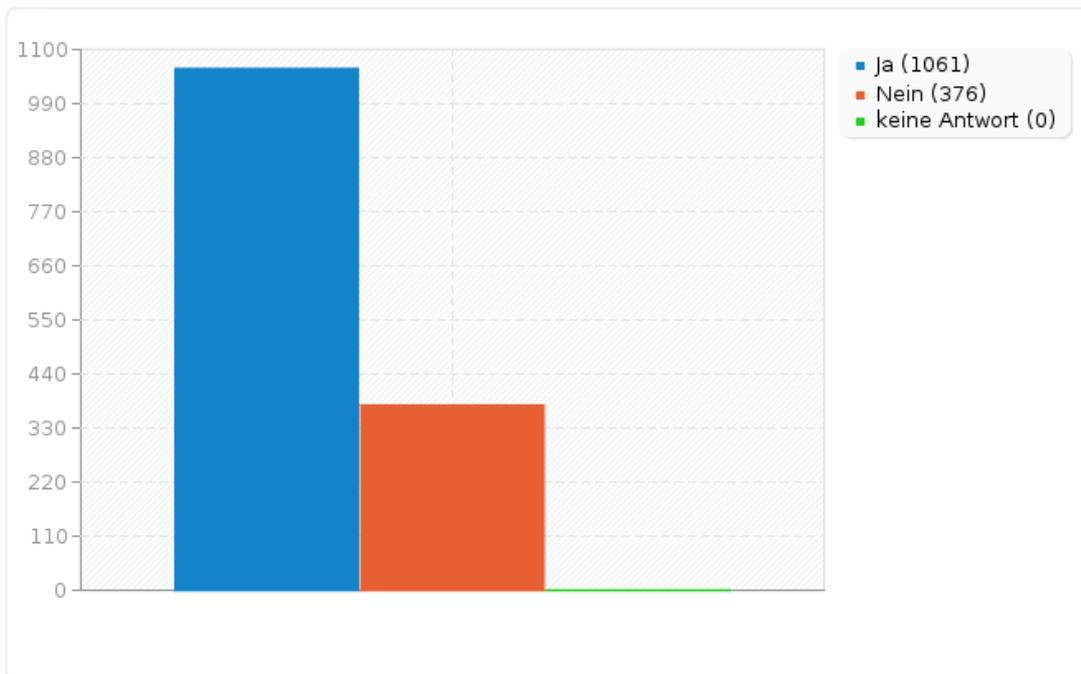
Feld-Zusammenfassung für B2

Sind Sie schon mal zur Arbeit gegangen, obwohl Sie eigentlich krankheitsbedingt unfähig waren zu arbeiten?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	1061	73.83%
Nein (N)	376	26.17%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für B2

Sind Sie schon mal zur Arbeit gegangen, obwohl Sie eigentlich krankheitsbedingt unfähig waren zu arbeiten?

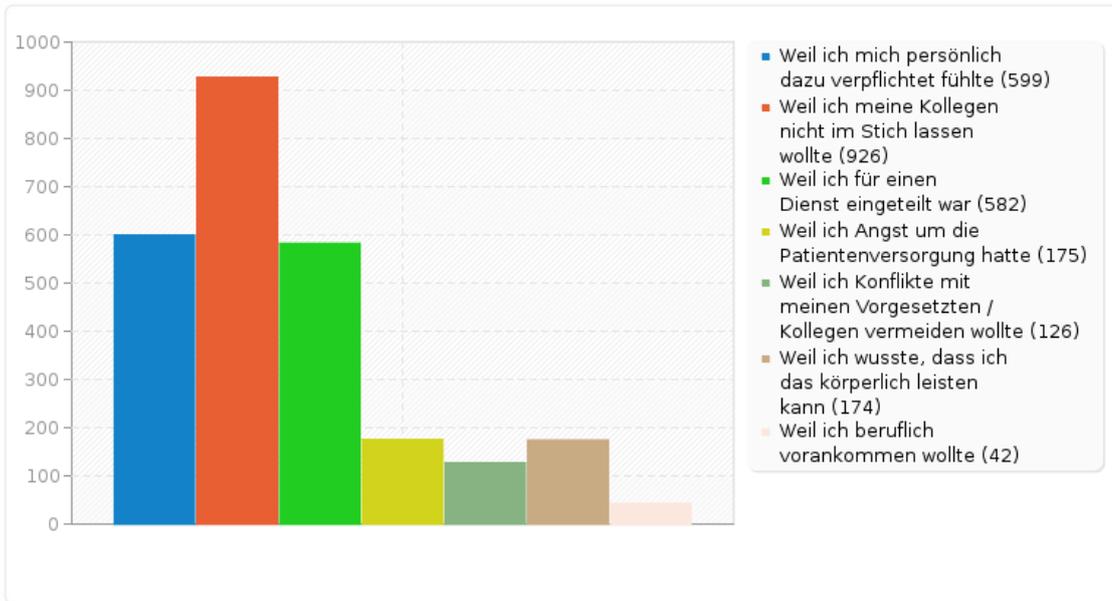


Feld-Zusammenfassung für B3**Wenn ja: Warum?**

Antwort	Anzahl	Prozent
Weil ich mich persönlich dazu verpflichtet fühlte (SQ001)	599	56.46%
Weil ich meine Kollegen nicht im Stich lassen wollte (SQ002)	926	87.28%
Weil ich für einen Dienst eingeteilt war (SQ003)	582	54.85%
Weil ich Angst um die Patientenversorgung hatte (SQ004)	175	16.49%
Weil ich Konflikte mit meinen Vorgesetzten / Kollegen vermeiden wollte (SQ005)	126	11.88%
Weil ich wusste, dass ich das körperlich leisten kann (SQ006)	174	16.40%
Weil ich beruflich vorankommen wollte (SQ007)	42	3.96%

Feld-Zusammenfassung für B3

Wenn ja: Warum?



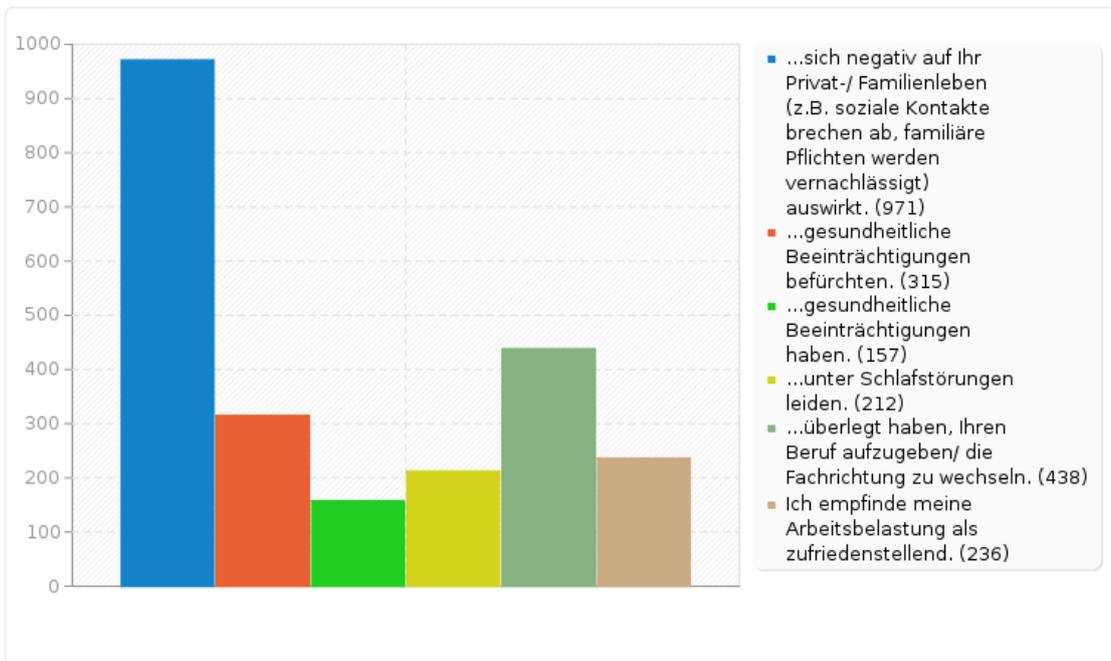
Feld-Zusammenfassung für B4

Sie empfinden Ihre Arbeitsbelastung als so groß, dass Sie ...

Antwort	Anzahl	Prozent
...sich negativ auf Ihr Privat-/ Familienleben (z.B. soziale Kontakte brechen ab, familiäre Pflichten werden vernachlässigt) auswirkt. (SQ001)	971	67.57%
...gesundheitliche Beeinträchtigungen befürchten. (SQ002)	315	21.92%
...gesundheitliche Beeinträchtigungen haben. (SQ003)	157	10.93%
...unter Schlafstörungen leiden. (SQ004)	212	14.75%
...überlegt haben, Ihren Beruf aufzugeben/ die Fachrichtung zu wechseln. (SQ005)	438	30.48%
Ich empfinde meine Arbeitsbelastung als zufriedenstellend. (SQ006)	236	16.42%

Feld-Zusammenfassung für B4

Sie empfinden Ihre Arbeitsbelastung als so groß, dass Sie ...



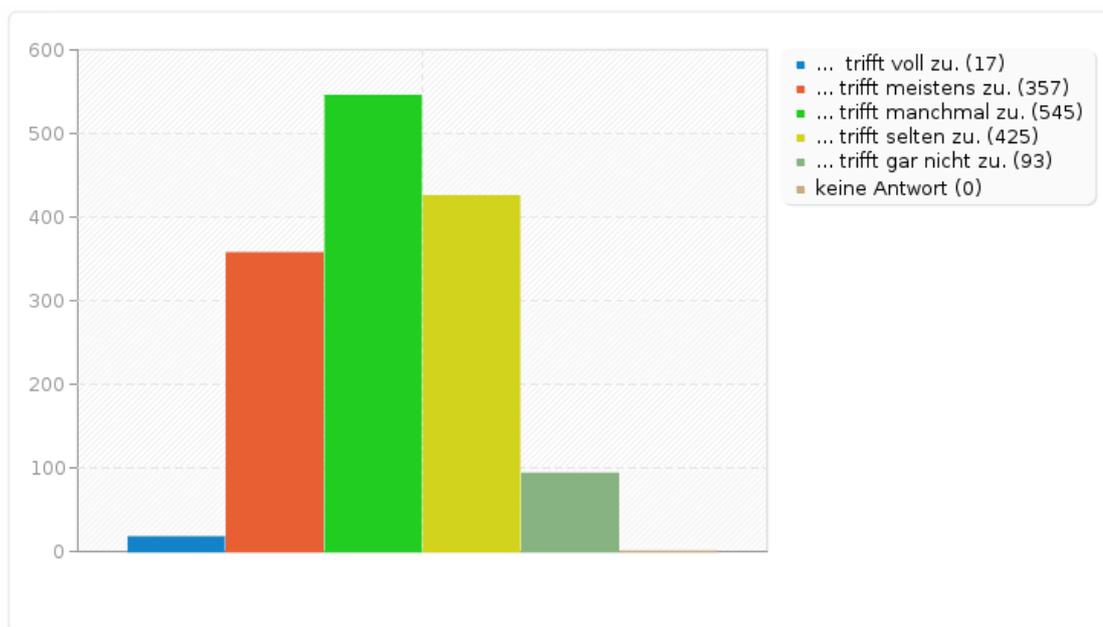
Feld-Zusammenfassung für B5

"Ich schaffe es, mir in der Regel zufriedenstellend viel Zeit für meine Patienten zu nehmen." Diese Aussage bezogen auf meinen Arbeitsalltag ...

Antwort	Anzahl	Prozent
... trifft voll zu. (A1)	17	1.18%
... trifft meistens zu. (A2)	357	24.84%
... trifft manchmal zu. (A3)	545	37.93%
... trifft selten zu. (A4)	425	29.58%
... trifft gar nicht zu. (A5)	93	6.47%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für B5

"Ich schaffe es, mir in der Regel zufriedenstellend viel Zeit für meine Patienten zu nehmen." Diese Aussage bezogen auf meinen Arbeitsalltag ...



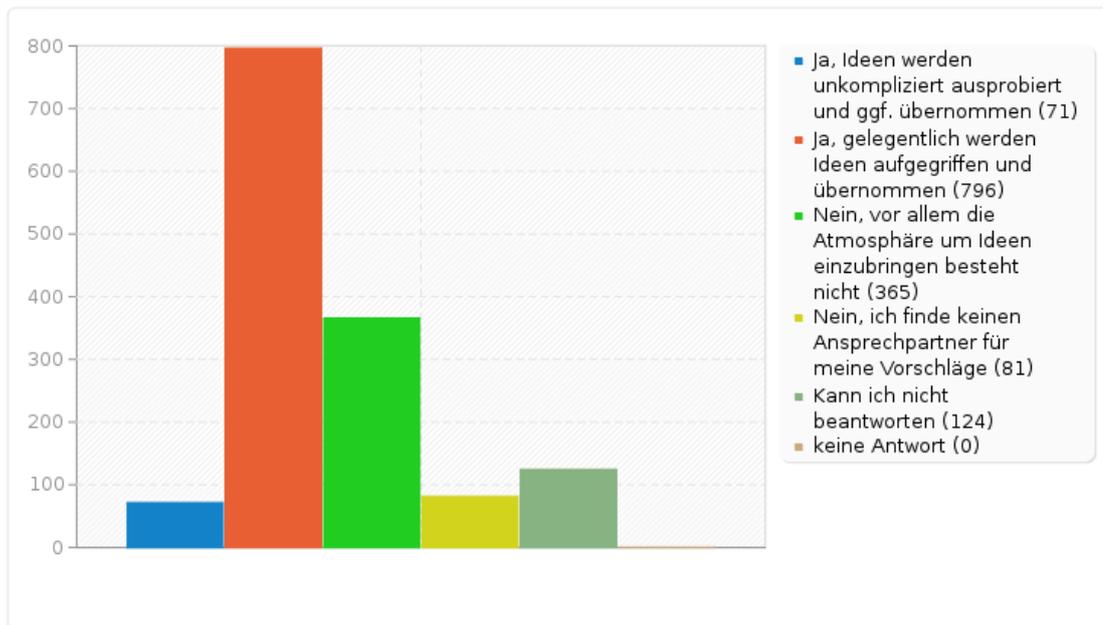
Feld-Zusammenfassung für B6

Können Sie sich als Assistenzarzt in die Organisation der Arbeitsabläufe mit Ihren Ideen einbringen?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja, Ideen werden unkompliziert ausprobiert und ggf. übernommen (A1)	71	4.94%
Ja, gelegentlich werden Ideen aufgegriffen und übernommen (A2)	796	55.39%
Nein, vor allem die Atmosphäre um Ideen einzubringen besteht nicht (A3)	365	25.40%
Nein, ich finde keinen Ansprechpartner für meine Vorschläge (A4)	81	5.64%
Kann ich nicht beantworten (A5)	124	8.63%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für B6

Können Sie sich als Assistenzarzt in die Organisation der Arbeitsabläufe mit Ihren Ideen einbringen?



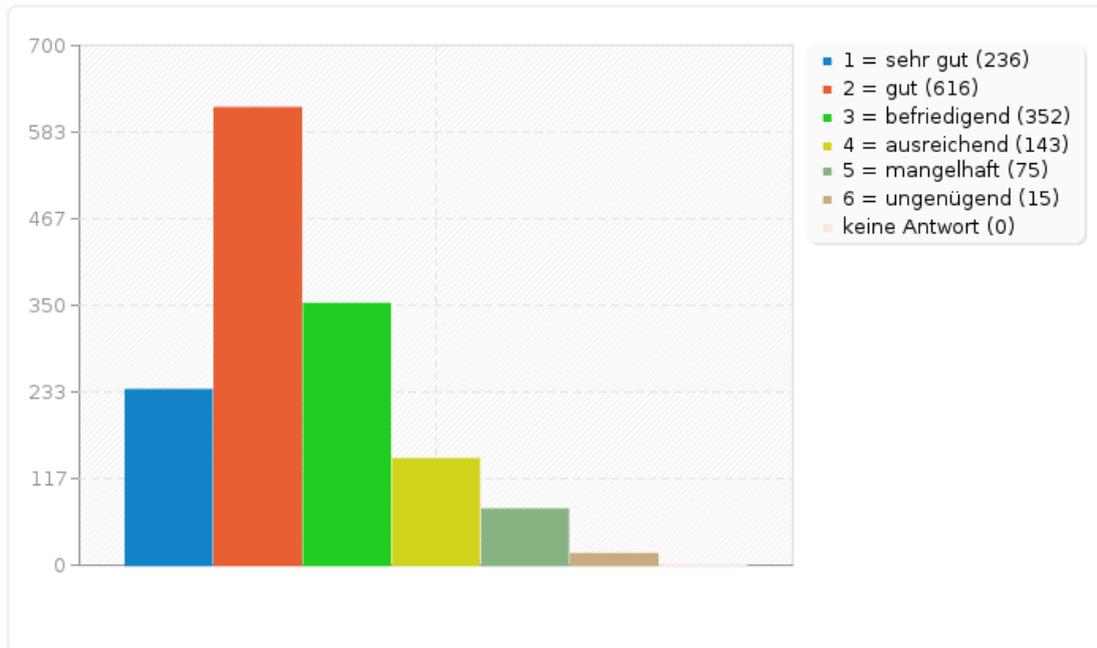
Feld-Zusammenfassung für B7

Wie schätzen Sie die Unterstützung durch erfahrene Ärzte beziehungsweise Ihren Hintergrunddienst während Ihrer (Bereitschafts-)Dienste ein? (Schulnoten 1-6)

Antwort	Anzahl	Prozent
1 = sehr gut (A1)	236	16.42%
2 = gut (A2)	616	42.87%
3 = befriedigend (A3)	352	24.50%
4 = ausreichend (A4)	143	9.95%
5 = mangelhaft (A5)	75	5.22%
6 = ungenügend (A6)	15	1.04%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für B7

Wie schätzen Sie die Unterstützung durch erfahrene Ärzte beziehungsweise Ihren Hintergrunddienst während Ihrer (Bereitschafts-)Dienste ein? (Schulnoten 1-6)



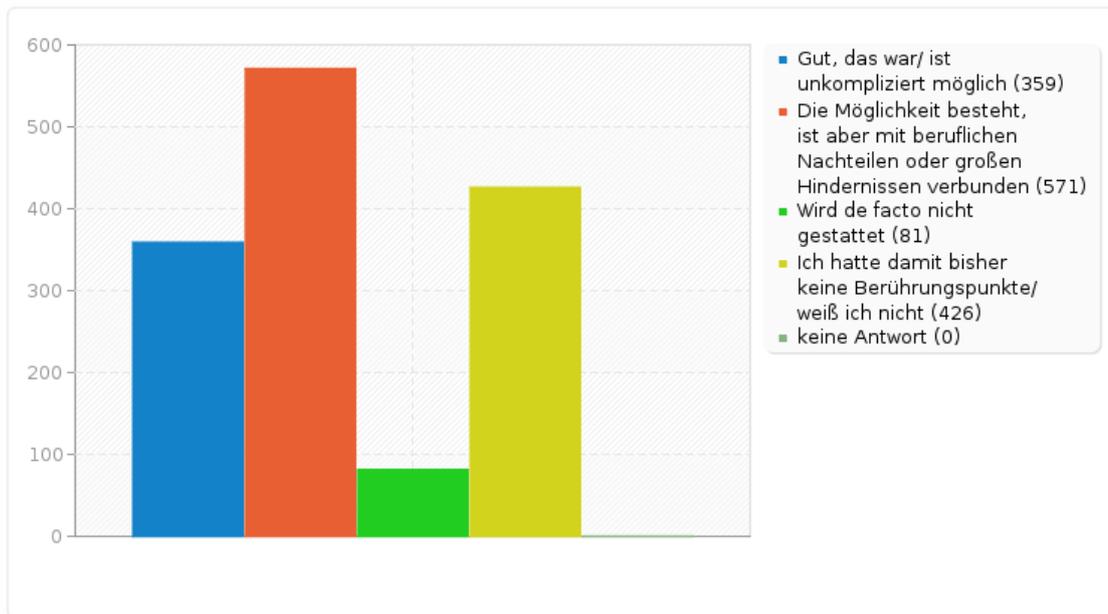
Feld-Zusammenfassung für F1

Wie schätzen Sie bei Ihrer aktuellen Stelle die Möglichkeit ein, ohne berufliche Nachteile (Reduzierung von OP-Zeiten, Nachteile bei interessanten Rotationen, Mobbing) in Eltern-/ Teilzeit zu wechseln?

Antwort	Anzahl	Prozent
Gut, das war/ ist unkompliziert möglich (A1)	359	24.98%
Die Möglichkeit besteht, ist aber mit beruflichen Nachteilen oder großen Hindernissen verbunden (A2)	571	39.74%
Wird de facto nicht gestattet (A3)	81	5.64%
Ich hatte damit bisher keine Berührungspunkte/ weiß ich nicht (A5)	426	29.65%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für F1

Wie schätzen Sie bei Ihrer aktuellen Stelle die Möglichkeit ein, ohne berufliche Nachteile (Reduzierung von OP-Zeiten, Nachteile bei interessanten Rotationen, Mobbing) in Eltern-/ Teilzeit zu wechseln?



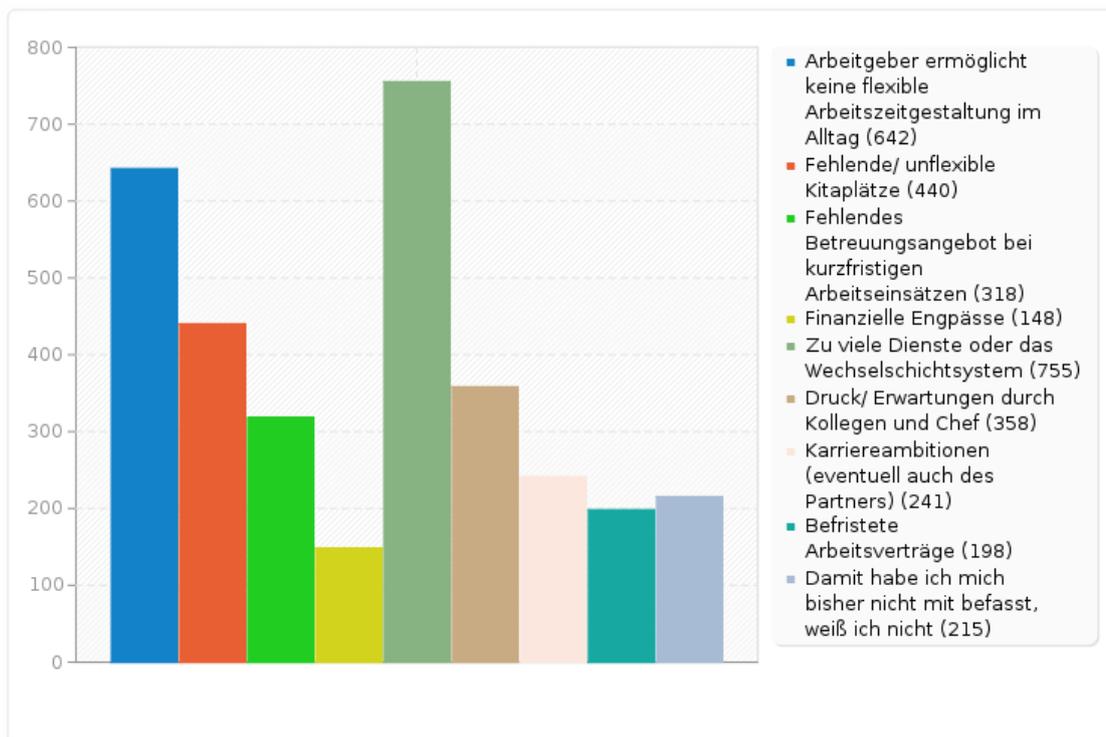
Feld-Zusammenfassung für F2

Was sind aus Ihrer Sicht die größten Hindernisse der Vereinbarkeit von Familie und Beruf?

Antwort	Anzahl	Prozent
Arbeitgeber ermöglicht keine flexible Arbeitszeitgestaltung im Alltag (SQ001)	642	44.68%
Fehlende/ unflexible Kitaplätze (SQ002)	440	30.62%
Fehlendes Betreuungsangebot bei kurzfristigen Arbeitseinsätzen (SQ003)	318	22.13%
Finanzielle Engpässe (SQ004)	148	10.30%
Zu viele Dienste oder das Wechselschichtsystem (SQ005)	755	52.54%
Druck/ Erwartungen durch Kollegen und Chef (SQ006)	358	24.91%
Karriereambitionen (eventuell auch des Partners) (SQ007)	241	16.77%
Befristete Arbeitsverträge (SQ008)	198	13.78%
Damit habe ich mich bisher nicht mit befasst, weiß ich nicht (SQ009)	215	14.96%

Feld-Zusammenfassung für F2

Was sind aus Ihrer Sicht die größten Hindernisse der Vereinbarkeit von Familie und Beruf?



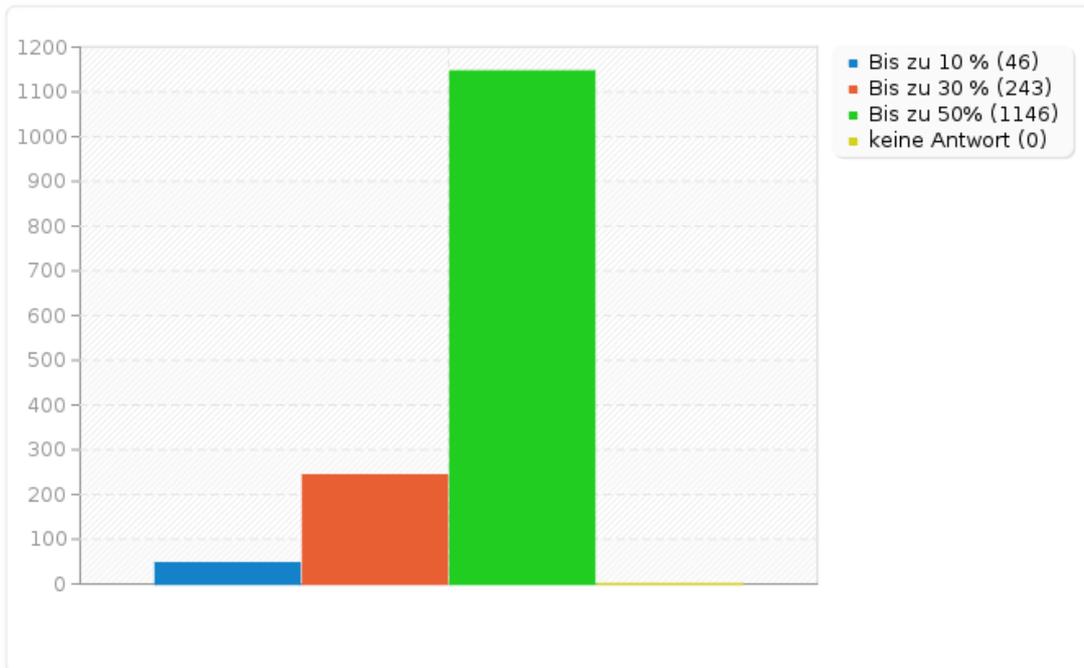
Feld-Zusammenfassung für D1

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf: Dokumentation, Telefonate, Befund-Recherche, Arztbriefe, Reha-Anträge, Organisation von Terminen etc.?

Antwort	Anzahl	Prozent
Bis zu 10 % (A1)	46	3.21%
Bis zu 30 % (A9)	243	16.93%
Bis zu 50% (A10)	1146	79.86%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für D1

Wie viel Prozent Ihres Arbeitstages wenden Sie für folgende Tätigkeiten auf: Dokumentation, Telefonate, Befund-Recherche, Arztbriefe, Reha-Anträge, Organisation von Terminen etc.?



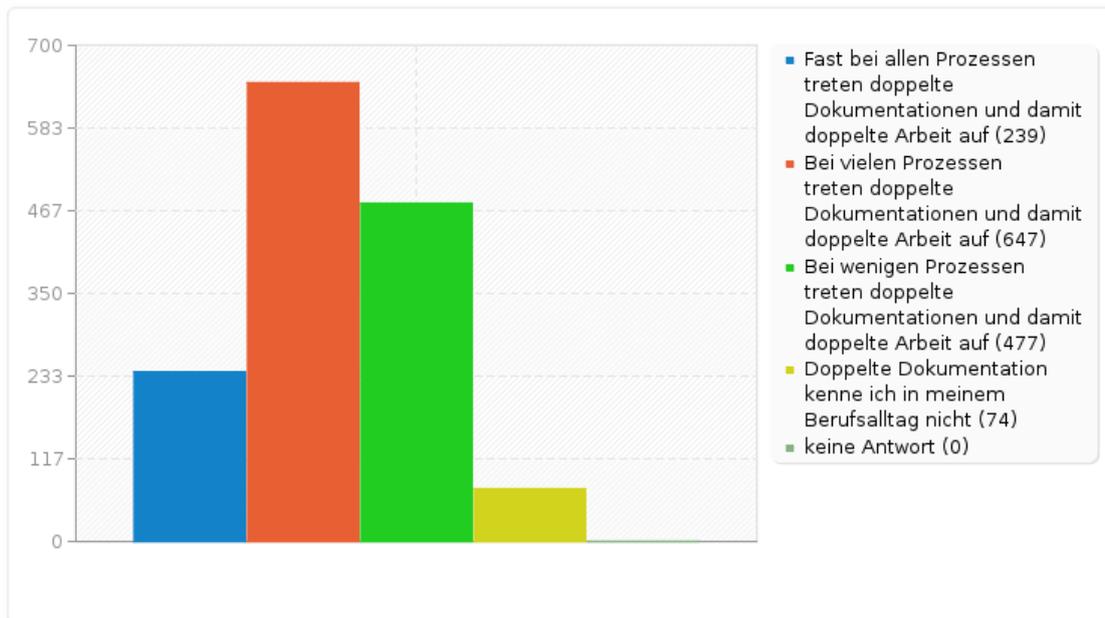
Feld-Zusammenfassung für D2

Wie häufig wird bei Ihnen doppelt dokumentiert (z.B. in unterschiedlichen IT-Systemen oder erst handschriftlich und dann im Computer)

Antwort	Anzahl	Prozent
Fast bei allen Prozessen treten doppelte Dokumentationen und damit doppelte Arbeit auf (A1)	239	16.63%
Bei vielen Prozessen treten doppelte Dokumentationen und damit doppelte Arbeit auf (A2)	647	45.02%
Bei wenigen Prozessen treten doppelte Dokumentationen und damit doppelte Arbeit auf (A3)	477	33.19%
Doppelte Dokumentation kenne ich in meinem Berufsalltag nicht (A4)	74	5.15%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für D2

Wie häufig wird bei Ihnen doppelt dokumentiert (z.B. in unterschiedlichen IT-Systemen oder erst handschriftlich und dann im Computer)



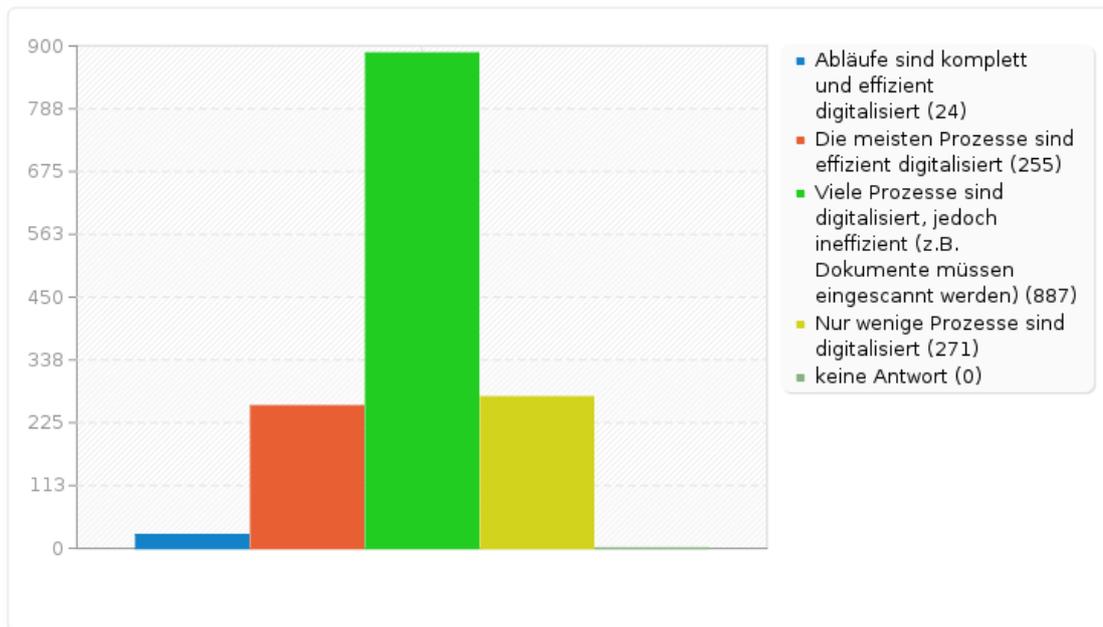
Feld-Zusammenfassung für D3

Wenn Sie Ihre täglichen Arbeitsprozesse betrachten, wie bewerten Sie diese Arbeitsschritte in Bezug auf die Digitalisierung?

Antwort	Anzahl	Prozent
Abläufe sind komplett und effizient digitalisiert (A1)	24	1.67%
Die meisten Prozesse sind effizient digitalisiert (A2)	255	17.75%
Viele Prozesse sind digitalisiert, jedoch ineffizient (z.B. Dokumente müssen eingescannt werden) (A3)	887	61.73%
Nur wenige Prozesse sind digitalisiert (A4)	271	18.86%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für D3

Wenn Sie Ihre täglichen Arbeitsprozesse betrachten, wie bewerten Sie diese Arbeitsschritte in Bezug auf die Digitalisierung?

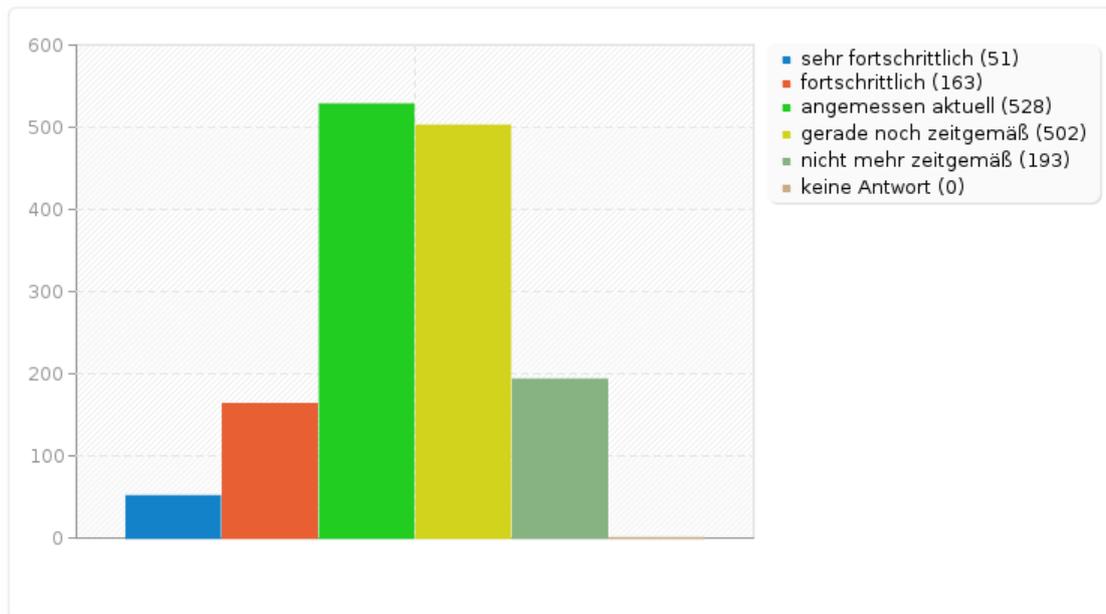


Feld-Zusammenfassung für D4**Wie schätzen Sie die technische Ausstattung Ihrer Abteilung ein?**

Antwort	Anzahl	Prozent
sehr fortschrittlich (A1)	51	3.55%
fortschrittlich (A2)	163	11.34%
angemessen aktuell (A3)	528	36.74%
gerade noch zeitgemäß (A4)	502	34.93%
nicht mehr zeitgemäß (A5)	193	13.43%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für D4

Wie schätzen Sie die technische Ausstattung Ihrer Abteilung ein?



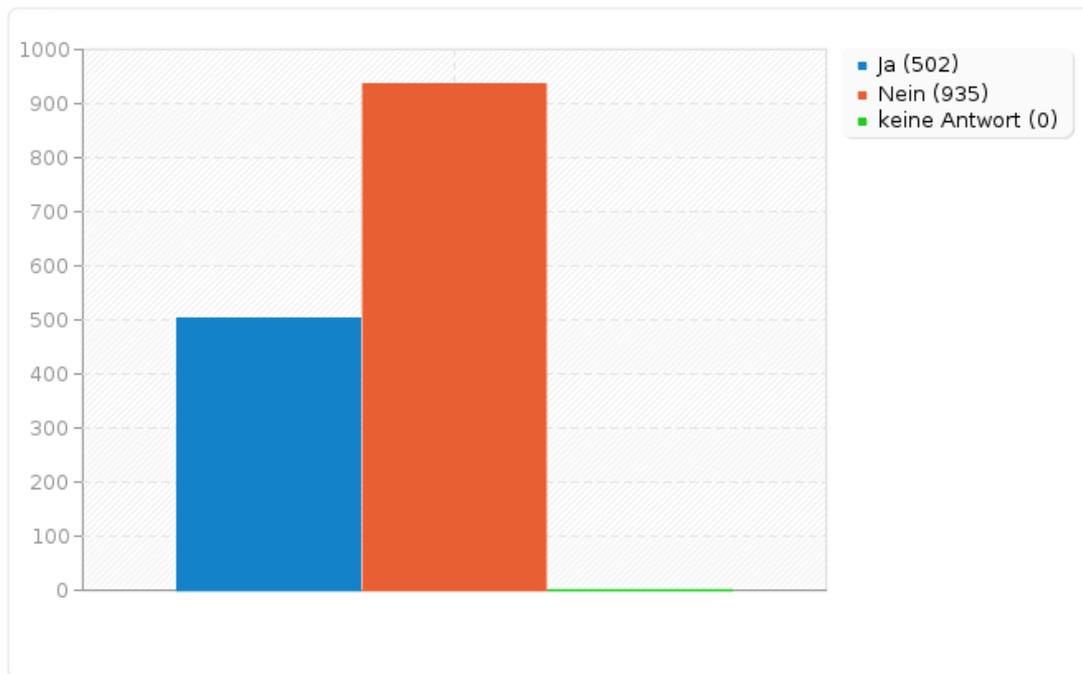
Feld-Zusammenfassung für D5

Ist Ihnen bekannt, ob es an Ihrer Arbeitsstätte eine Digitalisierungsstrategie gibt?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	502	34.93%
Nein (N)	935	65.07%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für D5

Ist Ihnen bekannt, ob es an Ihrer Arbeitsstätte eine Digitalisierungsstrategie gibt?



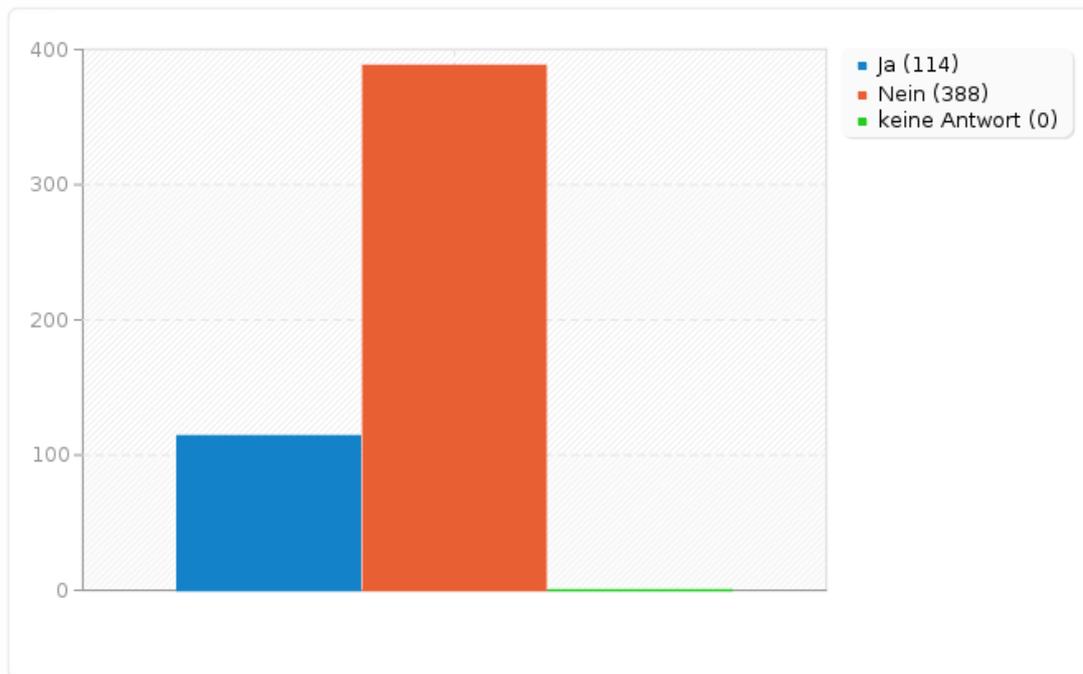
Feld-Zusammenfassung für D6

Wenn ja, wurden Sie in die Umsetzung miteinbezogen?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	114	22.71%
Nein (N)	388	77.29%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für D6

Wenn ja, wurden Sie in die Umsetzung miteinbezogen?



Feld-Zusammenfassung für D7

Was sind die Besonderheiten Ihrer Abteilung in Bezug auf Digitalisierung und technische Ausstattung?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	424	29.51%
keine Antwort	1013	70.49%

ID	Antwort
15	test
30	Wir wurden gezwungen, ein veraltetes System mit bekannten Hindernissen zu übernehmen ohne ein Lösungsangebot. In sofern rennen wir in die gleichen Probleme rein wie die Vorreiter, die auch schon mit dem Programm arbeiten. Viele Programmspezifische Begebenheiten mögen aus IT-Sicht sinnvoll sein, machen aber ein doppeltes und dreifaches Arbeiten bestimmter Prozesse für den Anwender notwendig.
39	Ab nächstes Jahr wird die völdigitalisierung angestrebt in einem zwei-Phasen Programm. Die Umsetzung ist jedoch in vielen Bereichen schwierig. Die Schulung diesbezüglich ist ebenfalls nicht ausreichend gewesen.
46	Das ganze Haus wird jetzt auf digitale Kurven etc umgestellt. Bei uns im Op, wo es tatsächlich auch wichtig wäre, engmaschiger zu dokumentieren, ist das meines Wissens nach nicht mal geplant. Sämtliche Intensivstationen arbeiten als letzte Stationen noch komplett mit Papier. Ich nehme an, die technische Voraussetzungen, die geschaffen werden müssten, damit Daten erhoben und direkt eingepflegt werden können, sind zu kostenintensiv für ein privates Haus, welches sich meiner Meinung nach gerade sowieso runter wirtschaftet. Wir haben zuletzt die meisten Stationen auf digitale Akte umgestellt und dazu nie eine Einführung bekommen. Bei der Aufklärung sitze ich immer noch da und habe Schwierigkeiten, die Medikation einzusehen. Ich habe es mir von einem stationsarzt zeigen lassen, doch deren Ansicht ist eine andere als meine (obwohl beide ärztliche Zugänge haben), sodass das nicht viel geholfen hat.
51	ständige Updates mit stundenlangen SAP-Ausfällen insbesondere nachts im Dienst
64	Es geht unglaublich viele Zeit für das Suchen von Akten drauf... ältere Kollegen tun sich mit Digitalisierung schwer, somit fällt mehr Lädt auf die, die damit umgehen können
66	Prinzipiell gute technische Ausstattung durch das Fachgebiet, jedoch viel zu viele verschiedene Systeme, die nicht ineinander greifen
69	Kein Internetzugang zum Nachschlagen
75	Es lassen sich keine Besonderheiten benennen. Vor kurzem wurden Computer für die Visite zur Verfügung gestellt.
79	Es gibt starke Unterschiede in den Abteilungen, die eine Mehr-Klassen-Medizin empfinden lässt. Wenig prestigeträchtige Patienten werden auf schlecht ausgestatteten Stationen behandelt und das Personal erlebt die Degradierung durch schlechte Arbeitsmaterialien mit. Das ist viel Stress konzentriert und die Vorzeigestationen sind wunderbar ausgestattet.
84	Sehr veraltetes fehlerhaftes Intensivprogramm
90	Einführung digitaler Kurve
96	Es sollte eine Medikamentendigitalisierung stattfinden. Im Endeffekt war es Entlastung für die Pflege und ein deutlicher Zeitaufwand für die Ärzte, das die Digitalisierung der Medis gerade bei schwer kranken Patienten unglaublich viel Zeit gekostet hat und für die Patientenversorgung/-sicherheit keinen Benefit brachte. Folglich kam es zum Abbruch der Digitalisierung.
113	Langdauernde Beantragungs - und Umsetzungsprozesse durch zentrale Planung von Personen, die keinen Kontakt zum Klinikalltag haben.
117	Radiologie - fast alles läuft bereits digital
120	Handyverbot auf station für alle - besser wäre zeitgemäßer umgang damit. Verschiedene pc systeme, zusammenarbeit mit lehrern Sozialdienst, niedergelassenen etc per mail frisst zeit. Keine textbausteine für briefe
131	It- heißt unterstützende Technik = nicht mehr Arbeit! Ich habe das Gefühl es wurde Papier in pdf umgewandelt. Ganz zu schweigen von automatisierter Trenderkennung. Intelligente Suche etc. etc.
146	Akten werden komplett handschriftlich geführt.
160	zu wenig, immernoch Kurvenvisite per Hand

190	Visite mit Laptopwagen möglich keine Papierkurven mehr, alles am PC
196	Bis auf sehr wenige Ausnahmen keine papierne Dokumentation
200	Papierkurven an der Uniklinik! Dadurch separate Kurvenvisite mit feststehenden pc (laborwerte) nötig. Laptop existiert nicht.
214	Das häufigste Problem ist die langsame Rechnerleistung oder langsames WLAN, weshalb man sehr lang warten muss bis man weiter arbeiten kann
232	Schwierige Kommunikation zwischen Abteilung und Klinikleitung. Viel Funktionsdiagnostik, die spezifisch in der Ophthalmologie mit erfasst werden muss.
233	Befunddokumentation mit Fotos
238	Da ich aktuell noch hauptsächlich im OP/in der Anästhesie arbeite, ist die Technik was die Narkosegeräte angeht angemessen aktuell ist, teils auch überdurchschnittlich. Weitere Technik, zB. im Rahmen von Notfallsimulationen besteht kaum. Die Digitalisierung in unserer gesamten Abteilung ist schleppend, Narkoseprotokolle und Intensivkurven sind nur handschriftlich. Die Patientenakte ist digital als Papierakte. Was positiv zum Thema Digitalisierung ist, ist unsere Teamwebsite, auf der aktuelle Ankündigungen, SOPs, Dienstpläne einzusehen sind.
240	Umstellungen müssen meist für die gesamte Krankenhausgruppe umgesetzt werden, jahrelange Verzögerungen
241	Visitenlaptops und digitale Visitendokumentation wurde angeblich von den Schwestern abgelehnt und daher nicht eingeführt
245	Bereits mehrfach angekündigtes neues betriebssystem. Im op saal ist die gesamte anä.-doku auf papier, auf its ständig kaputtes sono, altes bronchoskop...u.v.m
246	Bislang nur für eine von 4 Station Visitenlaptop vorhanden Visitendokumentation erfolgt auf Papier, genauso wie Medikamentenverordnung (daher kommt es immer wieder zu Übertragungsfehler) Viele Dokumente (Rehaanträge etc.) müssen ausgedruckt werden und per Fax übermittelt werden. Konsile und Untersuchungen werden alle per Orbis angefordert
247	Keine, es gibt keine Tablets
250	vieles noch auf Papier
252	viele Geräte in der Augenheilkunde sind nicht mit dem eigentlichen IT-System verbunden, sodass Ausdrücke eingescannt werden müssen. Im digitalen Archiv sind diese dann oft unter falschen Rubriken archiviert.
254	Keine. Diktate von Arztbriefen immer noch mit Kassetten. Dies ändert sich aktuell mit Indicta, jedoch fehlen Monitore und Diktierereien an allen Ecken und Enden. Man kann während ein Arztbrief geöffnet ist, keine anderen Befunde des Patienten einsehen, muss Notfallzugriffe starten und begründen, um Patientenunterlagen ansehen zu können. Die technische Ausstattung und Digitalisierung ist eine Katastrophe...
257	Papierakten
263	Keine Besonderheiten
268	die Digitalisierung ist ineffizient und unhenügend gestaltet, viele Fehler treten auf
269	Digitaler Patientenkontakt gehört zum alltag
279	Es werden Computersysteme genutzt, die für eine Intensivstation ausgelegt sind, und so für intensive Protokolle (z.B. Chemotherapie) nicht ausgelegt sind Außerdem werden Arztbriefe in einem anderen Programm geschrieben, welches nicht kompatibel ist
280	Übergangsphase von schriftlicher zu rein elektronischer Dokumentation. Daher im Moment oft doppelte oder dreifache Dokumentation und daher erhöhter Zeitaufwand.
282	Langsame PCs, komplizierter Aufbau
284	persönliche Handys, digitale Anästhesieaufklärungen und Protokolle, Tablets bei Visite,
294	SAP mit digitalen Röntgen und Konsilanforderungen, Dragon Diktierprogramm
300	Schmervisite komplett digital
310	Keine Ahnung
312	Extrem langsame PC, Programmupdate ohne Ankündigung, schlechtes Kliniksystem(unübersichtlich und ineffizient)
315	iPads mit denen alles jederzeit dokumentiert und die digitalisierten Akten eingesehen werden können
321	Keine
325	Befunde müssen per Hand von Ärzten in Ordner einsortiert werden, Briefe handschriftlich getippt, viele Befunde nur auf Papier oder doppelt digital und auf Papier, keine digitale Akte, Akten müssen selbst beklebt werden
337	Psychiatrie, bei uns kommen Neuerungen immer zuletzt an und es muss alles schriftlich und nochmal im PC erfasst werden.

340	Keine
342	sehr langsame Rechner, keine Möglichkeit Briefe zu diktieren fast alles wird erstmal handschriftlich dokumentiert, um dann später nochmal in den Brief einzutippen
349	Keine
357	- Unübersichtliche Papierkurven und handschriftliche, nicht selten unleserliche Dokumentationen - immernoch regelmäßige Verwendung von Faxgeräten
360	Umstellung auf digitale Krankenakte geplant, aktuell fehlen jedoch selbst zur digitalen Dokumentation ausreichend mobile PCs, es gibt keine einheitliche Regelung innerhalb der unterschiedlichen Fachabteilungen und Disziplinen, teils digitale/teils analoge Anforderungen und Dokumentation
368	Es wird viel über die elektronische Patientenakte gesprochen, das Klinikum versucht sich als Vorreiter zu verkaufen. Konkret ist aber noch gar nichts und die bisher angewandte Software sind unglaublich umständlich in der Benutzung, veraltet und nicht zukunftsfähig!
374	Verglichen mit dem Rest des Hauses gibt es keine Besonderheiten: Ansetzungen finden digital statt (teilweise über verschiedene Systeme), bis auf Konsile stehen alle Befunde digital und analog zur Verfügung, OPs/Interventionen werden digital dokumentiert. Die älteren Kollegen wollen sich nicht in neue Systeme einarbeiten, sodass es häufig zur analogen Doppeldokumentation kommt (sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte)
384	Interessanterweise wurde ein digitales Archiv angeschafft, was leier auch Sichtung von Befunden genutzt werden muss. Dies ist unnötig umständlich, da Volltextsuche etc. nicht möglich ist.
385	Ultraschallgerät von 1999 auf einer Transplantationsstation
387	Nur min digitale Akten
390	Ausgeprägte interdisziplinäre Arbeit
423	Aktuell besteht eine Umstellung auf ein neues Dokumenten/Arztbriefsystem, den ka ro Writer, seither funktionieren die bisherigen word-dokumente nicht mehr. dieser Prozess wurde von der Klinikleitung entschlossen und umgestellt ohne ausreichend Schulung und ohne ausreichend auf die Bedürfnisse der einzelnen Abteilungen einzugehen. seither herrscht auf vielen Stationen der Klinik Chaos und die Bearbeitung der Arztbriefe dauert für uns Ärzte sicher doppelt so lange. viele Beschwerden von Seiten der Ärzte wurden bisher von der Klinikleitung nicht ernst genommen bzw. vielleicht gehört, eine Lösung liegt bislang jedoch nicht vor. die Umstellung erfolgte bereits vor ca. 6 Wochen, noch immer kennt sich fast keine aus mit dem neuen System.
428	Ein neues IT System wurde eingeführt. Im stressigen Alltag ist es eine Zumutung damit zu arbeiten weil es oft nicht funktioniert und damit wertvolle Zeit verloren geht. Zudem ist es total unübersichtlich und gar nicht auf die notwendigen Bedürfnisse ausgerichtet. Es ist schlicht weg eine Katastrophe und Zumutung.
441	Digitale Patientenkurve, Visite am Laptop
444	Visitencomputer WLAN für Pat und Personal digitale Fieberkurve
450	PDMS nur auf einzelnen Stationen; sonst nur KIS, Radio und Labore digital. Manche Befunde nur auf Papier. KIS absolut unzureichendes System (Cerner Medico), instabil. Netzwerk sehr langsam, Rechner sehr sehr langsam, Hardware veraltet, laut, keine adäquaten EDV-Arbeitsplätze im arbeitsmedizinischen Sinne, zu viele Ärzte in zu kleinen Räumen; Software schlecht integriert; Konsile werden ausnahmslos von Hand geschrieben (außer auf den wenigen Stationen mit PDMS). Pieper-System - keine persönlichen Telefone, sechs Ärzte einem Arztzimmer mit zwei schnurgebundenen Telefonen und 5 Computern....
451	KOMplette digitale Patientenakte, Visite mit ipads. Ist aber nicht toll und dauert länger als früher. Digitalisierung klingt nur gut, ist es aber nicht.
452	Wir waren Vorreiter für die Digitalisierung aller "schneidenden" Abteilungen im Hause; zudem wurde 1 Assistent als Vermittler zwischen dem Softwareentwickler und der Abteilung eingesetzt, sodass die digitale Arbeitsoberfläche in einem gewissen Rahmen nach unseren Bedürfnissen gestaltet werden kann. Wir sind quasi Testklinik für den Softwareentwickler.
453	Alles läuft digital, sogar die Ergebnisse der apparativen Untersuchungen sind direkt über die Praxissoftware aufrufbar (Labor; Neurologie: EMG, EEG, EPs etc.).
455	Doppeldokumentation lässt sich kaum vermeiden, da man in Therapie- oder Elterngesprächen nicht wirklich am Computer mitschreiben kann, ein Blatt Papier ist da schon angenehmer für alle Beteiligten.
457	veraltete soft- und hardware, teilweise doppelte Dokumentation

460	Ich verbringe ca. 80% mit Dokumentation oder Digitalisierung. Digitale Medikamentenanordnung, keine Papierkurve mehr.
482	Pc auf dem visitenwagen
489	Es gibt relativ neue Computer, Bildschirme und Kopierer.
491	old school KIS, aber guter IT-Dienst, entwickelt ständig weiter
492	elektronisches Diktat mit direkter und unmittelbarer Spracherkennung
493	Auf ITS und IMC meist noch schriftlich geführte Kurven, wenig Digitalisierung. Manche Befunde erhält man in Schriftform, manche digitalisiert. Das ist sehr unübersichtlich.
494	Digitale Patientenakte
496	Es geht alles viel zu langsam, unser Haus hängt im Vergleich zu vielen Kliniken in HH deutlich hinterher
505	Bisher noch keine EPA, nicht alle Systeme sind allen Ärzten zugänglich, Dokumentation und Archivierung aktuell nur handschriftlich.
513	Wir arbeiten mit SAP als Patientenakte. Die Kurve wird aber auf Papier geführt. Einige größere unserer Häuser haben bereits Meona. Die Hardware und der personelle IT Bereich sind in unserem Haus sicherlich nicht für Meona oder ähnliche digitale Patientenkurven ausgestattet.
516	Textbausteine für Ambulanzbriefe und alle Untersuchungen
518	ineffiziente software. fehlende benutzerfreundlichkeit. IT prozesse sind nicht praxistauglich und offensichtlich nicht mit medizinem entwickelt worden. Anpassungen sind nicht möglich.
524	Als Anästhesist im OP wird die gesamte Doku handschriftlich in das Narkoseprotokoll eingetragen, dies wird später gescannt, digitale Dokumentation ist hier nicht möglich. Der OP-Plan steht in jedem Saal digital zur Verfügung. Die Narkosegeräte sind durchschnittlich (Dräger Primus). Auf der ITS wird ärztlicherseits der Verlauf digital dokumentiert, die Pflege und alles andere auf Papier.
536	Es ist alles nicht miteinander kompatibel. Häufiger Systemausfall.
540	Wir probieren gerade eine Spracherkennungssoftware,damit wir Entlassungsbriefe nicht mehr selbst schreiben müssen.
541	Gar keine. Diese ist so wie bereits vor 20 Jahren.
545	immer noch keine digitale Patientenakte(=> oft "Streit um die Patientenkurven" zwischen Pflege und Ärzten)
546	Seit der Digitalisierung müssen Ärzte die Hausmedikation in den Computer eingeben (neue Arbeitsbelastung) -> vorher wurden die Medikamente von den Schwestern auf der Kurve eingetragen und vom Arzt "nur" noch gegengezeichnet
549	Es werden Tablets für Visiten zur Befundeinsicht eingeführt, jedoch bislang nur in geringer Stückzahl, so dass die Nutzung nur selten möglich ist.
553	Patientenakte ist komplett digitalisiert, inklusive der Verwaltung und Anordnung von Medikamenten
555	Alles aus einem System abrufbar (ein System verlinkt andere Systeme, z.B. aus dem Hauptprogramm kann man per Klick Laborprogramm des entspr. Patienten öffnen), lange Ladeprozesse der einzelnen Programme, unübersichtliches und sehr träges Laborsystem, keine elektronische Patientenakte, Konsile je nach Abteilung per Zettel oder per PC (undurchsichtig), viele im Alltag überflüssige Funktionen
560	Neue technische Innovationen zur Unterstützung der stationären Patientenversorgung fehlen fast vollständig: - Unzureichende Versorgung mit (v.a. mobilen) Computern für aufwändige digitale Dokumentationsabläufe - Kein W-LAN auf Station, daher keine Visite mit Computer möglich, aber ohnehin kein Laptop o.ä. - Diktat auf Kassetten oder manuelles schreiben von Arztbriefen (anstatt z.B. durch Spracherkennung)...
568	Es gibt eine Modellabteilung im Klinikum, die bereits eine elektronische Patientenakte führt, in unserer Abteilung wird dies vorauss. in den nächsten Jahren NICHT eingeführt, da hierzu Umbaumanahmen (zB für WLAN-Empfang) nötig wären, die in dem alten Gebäude, in dem wir arbeiten, nicht als lohnend angesehen werden.
579	digitalisierte Arbeitsabläufe sind nicht optimiert, dies führt oft zu vermehrtem Arbeitsaufwand bei nicht-ärztlichen Tätigkeiten
582	Sehr dürftige Ausstattung und scheinbar wenig Ambitionen, das zu ändern. Bei Problemen mit dem EDV System oder Verbesserungsvorschlägen erhält man von der EDV Abteilung oft pauschal die Antwort "das geht nicht, das ging noch nie"
589	Mit m-life potenziell gutes Klinik IT System zur Dokumentation.
590	Digitalisierung wird hinausgezögert. Statt z.B. digitalen Kurvensystemen oder Programmen mit entsprechenden Schnittstellen untereinander werden sämtliche digitalen Befunde

	ausgedruckt, in die Akte gelegt und die Akte seit neuestem nun (für viel Geld?) wieder eingescannt.
593	Sie ist mies. Das Basisprogramm lässt keine sinnvolle Anpassung zu.
595	Uraltes SAP, oft Schnittstellenprobleme bei Datenübermittlung, zu komplizierte und umständliche Wege im System
598	Eigentlich stark technisches und IT-bezogenes Fach. Dafür deutlich veraltete Technik, teils Windows XP-Rechner, da moderne Spracherkennungssoftware nicht richtig funktioniert. Neue Rechnerausstattung angeblich zu teuer. Ansonsten Papierakten. Teilweise bei Ausfall mehrere Wochen an einzelnen Arbeitsplätzen gar kein Diktatsystem mit Online-Spracherkennung ...
599	was wären Besonderheiten?
601	Vieles wird zurückgestellt, da in (frühestens) 5 Jahren ein Neubau geplant ist.
606	Elektronische Patientenakte
615	Patientenakte überwiegend elektronisch in Orbis. Trotzdem für manche Dinge noch Papierformulare (Anträge, Labor teilweise) Jeder Assistenzarzt hat einen Laptop und kann damit direkt am Patient dokumentieren bzw. die meisten Befunde einsehen.
617	Digitalisierung ist nur gut wenn sie arbeitserleichternd und auf die Abteilung abgestimmt ist. Das ständige Einloggen müssen, mit einem langen Passwort, ist sehr umständlich und zeistintensiv.
630	Erfassung von geriatrischen Assesment
637	2019 kommt eine neue Software womit ein Großteil der Doppeldokumentation wegfallen soll. Aber die Fieberkurven werden erst zwei Jahre später abgeschafft bis dahin wird es weiter Doppeldokumentation geben.
640	Digitalisierung ja, aber EDV funktioniert oft nicht, mangelnde Einführung
641	wir nehmen demnächst an einem Pilotprojekt teil, in dem über eine sichere Internetverbindung Briefe, Befunde, Labore etc. des örtlichen Krankenhauses für uns als Praxis (angeblich) unkompliziert eingesehen werden können
651	Die jetzt kommende Digitalisierung unseres Dokumentationsprogrammes überwacht uns quasi beim Arbeiten. Alles wird mitaufgezeichnet. Es soll die Doku erleichtern, mutet aber eher wie eine externe Kontrollmaßnahme an.
655	Komplette Digitalisierung der Patientenakte etc., IT-Systeme sehr langsam (Maus hängt hinterher, Schrift hängt hinterher) - Rechner stürzen öfter ab - Software hängt sich auf - Komplettabstürze des Systems
659	keine
671	Stand von vor 25 Jahren, keine kompatiblen Systeme, schlechte edv
673	Langsame PCs, allein das Hochfahren dauert > 5 min. Regelmäßige Ausfälle, insbesondere Freitag nachmittags. Sperrige, ebenso langsame PCs auf den Visitenwägen. Richtige Sonogeräte nur in der Funktionsabteilung, für Assistenzärzte allein kein Zugriff.
675	Kollegen anderer Fachrichtungen (z.B. Kardiologie) haben iPads mit Dokumentationsmöglichkeiten, wir leider nicht.
687	elektronische Patientenkurven
692	Das System ist komplett veraltet. Für das Anlegen z.B. eines Sonographiebefundes sind ca. 10 Klicks notwendig, die angesichts der eingeschränkten Rechnerleistung bestimmt 2 Minuten in Anspruch nehmen, bis das Dokument allein ERSTELLT ist. Danach folgt erst das Tippen des Befundes, um das Dokument im Anschluss mit weiteren 6 Klicks zu drucken und abzuschließen.....
	Zudem sind nicht alle Programme auf allen Rechnern installiert. So muss man sich für den Stationsplan mit dem Stationsaccount anmelden. Für die Auswertung von Langzeit-EKGs mit dem EKG Account. Und wenn ich ins Internet will, um z.B. Eine Telefonnummer zu recherchieren mit meinem Arzt Account. Will ich den Fortbildungs- oder Dienstplan einsehen, mit dem Assistenten Account Meine Kollegen machen das so und nehmen diese bestialische Zeitverschwendung hin. Mich hat es mehrere Stunden (!) an Telefonaten innerhalb von ca 2 Wochen gekostet, um die IT davon zu überzeugen, dass ich all diese Programme und Ordner über meinen Arzt Account aufrufen und nutzen können muss.
695	Pc´s laufen langsam, sind deutlich veraltet
697	- digitale Pat.Akte - Visite mit PC
698	noch Papierakten langsame PC´s
699	elektronische Kurve Programme, die komplett kommunizieren (Labor, Untersuchungsergebnisse, Kurve, Arztbrief, Bildgebung, etc)
704	Anbindung TI bereits durchgeführt

709	Laborsystem: MS-DOS!, Anforderungen für Radiologie/Labor/MiBi/Pathologie erst in der Digitalisierung begriffen (Uni...), häufige Aktualisierungen der Systeme am späten Nachmittag und damit Komplikationen bei Visite bzw. Generierung von Überstunden, Intensivkurven/Dokumentation trotz vorhandenem Programm nur auf Papier möglich
710	Visite mit Laptop-Visitenwagen, dennoch oft unhandlich. Ipad-Visite möglich, aber schlechte Umsetzung des KIS, daher sehr aufwändig. Anforderungen komplett digital
712	Die Möglichkeit im Haus per (personalisierten)Tablet auf Patientendaten zuzugreifen.
724	Alle Patientenkurven sind digital
728	Verschiedene Programme sind gar nicht vernetzt-> viel doppelte Einträge und dann noch zusätzlich ein drittes Mal in Papierform Abteilungen sind nicht vernetzt-> Konsile per Fax und von Hand ausgefüllt (damit oft überhaupt nicht lesbar)-> Zeitverlust/ Informationsverlust hoch technisierte Behandlungsform aber Digitalisierung absolut ungenügend Oberärzte nicht im digitalen Zeitalter groß geworden -> keine pragmatischen Lösungen in Sicht, sondern nur "wenn das mal optimiert ist, aber bis dahin lassen wir die Finger davon" Software so wenig dem Arbeitsalltag angepasst, dass der Computer nur eine elektronische Schreibmaschine ist, Rechenzentrum so wenig kooperativ, dass Anmerkungen und Wünsche nur im Leeren verlaufen, Softwareentwicklung wohl nur von Kaufleuten gesteuert, selbst Kleinigkeiten wie nicht mit dem Leben vereinbare Vitalwerte führen nicht zu einem Eingabefehlensignal, im Medikamentenplan kam die Botschaft "es liegen Allergien vor, aber wir können die hier in der Software nicht berücksichtigen", Kommentare im Medikamentenplan verschwinden einfach, sodass wichtige Info verloren gehen -> diese ganzen "Kleinigkeiten" führen aber nicht dazu, dass an der Software was verändert wird, sondern es kommt immer nur der Kommentar "wenn dann das nächste Modul freigeschaltet wird, dann..." und dabei sind wir Pilotstation und geben regelmäßig Rückmeldung! Also in der Summe kein Interesse des Rechenzentrums oder der Verwaltung, irgendetwas zu optimieren, es wird eingeführt und dann nicht weiter betreut
747	Mir ist bekannt, dass es keine differenzierte Digitalisierungsstrategie gibt, weil ich mich schon oft dafür eingesetzt habe. Ich habe auch viele kleine konkrete Ideen eingebracht. Es scheitert immer an den Kosten. Z.B. Schnittstellen sind schon zu teuer.
748	Visitenwagen sind fahrbare Computer
749	Es wird angefacht in Zukunft eine Tele-Sprechstunde anzubieten.
751	Akte digital, Kurve analog
753	Es fehlt an Infrastruktur = PCs.
760	Papierbefunde werden eingescannt, viele Befunde bereits digital erstellt, Erprobung automatischer Spracherkennung für Epikrisen, Erprobung digitale Patientenakte/ Visite mit PC geplant
794	Komplette digitale Akte und Fieberkurve auf Intensivstation
830	Es müssen verschiedene Programme benutzt werden für die Versorgung. Die Sprechstunden laufen immer noch über Karteikarten
840	Wir haben alle Akten sowohl peripher als auch auf der intensiv digital Diktierter irr mit einem (wirklich guten) diktierprogramm
841	Keinen Laptop, den man mit zur Visite nehmen kann
842	Einscannen von Dokumenten, bisher keine Ausstattung mit Laptop/Tablet zur Visite, keine digitale Kurve.
845	Elektronisches Medikationsprogramm
849	Keine
852	- Computer-Visitenwägen, Notebooks für die Pflege - digitale "Patientenkurve" - externe Befunde o.ä. werden eingescannt
869	Diktieren der OP-Berichte analog, Kein suffizient leistungsstarkes IT system für die komplette Digitalisierung
888	Wir arbeiten nicht digital, wir schreiben alles auf Papier und nutzen papierakten.
889	Fahrbare Computer für die Visite (ja, die haben wir erst im Jahre 2018 bekommen). Aber das WLAN ist ungenügend ausgebaut, so dass man nicht immer Empfang hat und somit nicht arbeiten kann.
899	Dem Personal wird nur sehr schlechte Ausrüstung zur Verfügung gestellt (alte kaputte Tastaturen oder nicht verstellbare zehn Jahre alte Bürostühle). Das meiste muss doppelt dokumentiert oder getippt werden. Visite ist immer noch mit handschriftlich zu dokumentierenden Kardexen. Die Handschrift vieler Kollegen ist unleserlich.
903	Wir haben eine Umstellung auf ein neues System durchgemacht. Leider ist dieses noch nicht wirklich ausgereift.
924	Kollegen der Abteilung leisten viel Eigenarbeit um unsere Digitalisierung voranzubringen, es gibt u.a. in-house entwickelte Softwarelösungen für die Anästhesieplanung. Die technische

	Ausstattung was Medizinprodukte angeht ist leider uneinheitlich und reicht von fortschrittlich bis veraltet, teilweise beim selben Gerätetyp (z.B. Ultraschallgeräte)
933	Digitales Dokumentationssystem zur Übertragung von Vital- und Beatmungsparametern und Medikationen
937	Zu viele verschiedene Dokumentationsprogramme auf Intensiv, Normalstation und Notaufnahme, die nicht kompatibel sind
938	Klinische Dokumentation online (inklusive Visiten Doku etc) Arztbriefschreibung ist allerdings komplett veraltet. Um auf die Frage oben nochmal einzugehen wieviel Zeit ich mit Dokumentation Telefonaten etc. Verbrauche... deutlich mehr als 50% - eher 80-90%! (War aber leiderkeine Antwortmöglichkeit)
946	Das wir als Klinik nicht erhört werden, da unsere Abteilung im Gesamtklinikum zu klein sei und deshalb eine sinnvolle Digitalisierung nicht umsetzbar sei
956	Veraltete PCs, halbherzige Modernisierung, schlechte Erreichbarkeit IT bei Problemen
962	Digitale pat.akte
965	Leider ist das klinikinterne WLAN nicht ausreichend ausgebaut um den vorhandenen mobilen PC zu nutzen.
968	Praxisintern besteht Voldigitalisierung, externe Dokumente (Befunde, KV-Dokumente etc.) müssen gescannt werden.
976	Umstellung des Systems auf iPad-Plattform
981	Jeine
993	Programme sind nicht an allen pcs abrufbar und damit zb Echo Bilder oder Befunde nicht einsehbar. PCs sind so langsam dass des Öfteren während größerer Konferenzen Programme abstürzen oder durch das warten wertvolle Zeit vergeudet wird.
994	Im Sommer diesen Jahres wurde im Zuge der Digitalisierung ein neues System etabliert. Leider gibt es immernoch einige Probleme. So wird beispielsweise auf manchen Station am Rechner dokumentiert, Ansetzungen erfolgen jedoch weiterhin schriftlich. Medikamente sind bisher noch garnicht digital einsehbar - daher ist allein diesbezüglich eine schriftliche Dokumentation weiter notwendig Darüberhinaus wird auf den IMC und ITS-Stationen ein anderes System zur schriftlichen Dokumentation genutzt - welche untereinander nicht kompatibel sind, das heißt man muss immer mit zwei Programmen arbeiten...
1004	Leider wurde bei der Kliniksoftware mehr als gespart, sodass viele verschiedene Programme über Schnittstellen oder als Einzelprogramme aufgerufen werden müssen. Die Server sind sehr langsam, sodass man oft vor der Sanduhr sitzt oder die Programme abstürzen (V.a. nach neuen "updates", die teils tagsüber eingespielt werden). Intraoperative Bilder werden noch teilweise ausgedruckt, da sie nicht alle digital überspielt werden können. Arztbriefe werden noch nicht digital unterschrieben etc. ...
1021	Es gibt funktionierende und ausreichende Tablettts. Ich kann damit am Patienten Bett arbeiten.
1025	Visite mit fahrbarem PC
1031	Keine
1033	Elektronische Patientenakte
1036	Viele verschiedene Softwareprogramme, die nicht miteinander vernetzt sind. Dadurch Starten von mehreren Programmen gleichzeitig, Mehrfachdokumentationen und häufige Programmabstürze.
1043	veraltetes IT System, veraltete Software., Systemabstürze am laufenden Band, teils nicht digitalisiert.
1050	Fehlende Bereitschaft zur Investition, (bsp.: wlan, tabletlösungen)
1058	digitale Fieberkurve
1068	Life Time
1070	Das KIS fällt regelmäßig aus.
1080	Beginn einer mobilen Visite
1086	Neues Computersystem, das aber nicht ausgereift ist und im Alltag katastrophale Lücken aufweist.
1091	E- Kurve wird in den unterschiedlichen Abteilungen unterschiedlich bzw. gar nicht benutzt E- Kurve führt in vielen Punkten zu erhöhtem Arbeitsaufwand für Ärzte bzw. Aufgaben wurden von der Pflege auf die Ärzte verlagert Funktionen die mit dem Programm möglich wären und uns eine Erleichterung bringen würden (zB automatisches Einfügen der Befunde in den Arztbrief etc) sind aus Kostengründen nicht freigeschaltet. Schlechte Programme, zB Scanner ohne Texterkennung

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

1099	Laborergebnisse sind nicht digital erhältlich, was viel Arbeit für den Arztbrief etc. macht
1102	Elektronische Patientenakte
1106	Es gibt nur Computer, visiten PCs. Die Software ist billig zusammengestücktelt, sodass viel Lade- und Absturzzeit entsteht.
1107	Cobra Akte geplant
1112	PDMS nur für die Intensiv, Parallelsystem für den Rest
1114	Extrem langsames Netzwerk, pro Tag 5-10 Minuten Wartezeit durch langsames System vollständig digitalisierte Patientenakte (Doppeldokumentation nur bei eingescannten Dokumenten wie Aufklärungen)
1116	elektronische Patientenakte, Visitenwagen mit PC
1117	ältere, wenige aktuelle und damit lange Rechner
1119	Läuft viel auf Papier
1129	Diverse Programme für Briefe, Röntgen, Befunde etc. statt eines einzelnen integrierten, keine digitale Doku der Visite
1131	Zu wenige PC-Arbeitsplätze, digitale Datenübernahme theoretisch möglich, praktisch weiter handschriftl. Dokumentation erwünscht.
1135	Wenig Digitalisierung. Auch Briefe werden per Hand geschrieben, nicht diktiert. Täglicher Pat.-Status/Anordnungen ausschließlich per Hand.
1138	Volldigitalisiert, bis auf Bildübertragung Ultraschall
1144	iPads als Visitenhilfen aber immer noch handschriftliche Dokumentation
1145	doppelte Dokumentation, älteres Personal will sich nicht mit digitalen Dingen beschäftigen
1151	Gibt es nicht, einfach katastrophal
1156	Keine digitale Patientenakte. Führen einer stationsexcelliste zusätzlich zur visitendokumebtation und den arztbriefen. Manche Untersuchungen werden digital andere nur handschriftlich erfasst. Zwei wenig kompatibel patientenverwaltungssysteme für Station und Notaufnahme, zwischen denen Dokumentationen immer wieder per Hand transferiert werden müssen.
1163	Keine Besonderheiten. Wir dokumentieren in der Papierakte und müssen dann alles in den PC übertragen. Teils sehr langsame Computer, 1 Telefon für 3 Ärzte, keine tragbaren Telefone, keine Diktiergeräte.
1167	Kurven in Papierform, ansonsten digitale Patientenakte
1180	Umstellung auf digitale Dokumentation mittels Tablets für nächstes Jahr geplant
1188	Keine Besonderheiten, elektronische Patientenakte in Planung
1202	Komplette Digitalisierung inklusive Fieberkurve.
1209	Diktieren läuft immer noch über Kassetten, die durchs Gelände zum Schreibbüro getragen werden müssen. KIS ist unübersichtlich, Dokumente werden am Ende des Aufenthaltes eingescannt (Archiv). Papierkurven in Visiten und Besprechungen genutzt. Computer nur im Dienst- und Arztzimmer.
1221	Es wurde für stationäre Patienten die digitale Akte eingeführt. Diese ist jedoch ineffizient, Fehleranfällig, verkomplizierend und hat die Dokumentations- & stationsabläufe insgesamt verlängert
1236	Es sind alle Befunde in unterschiedlichen Systemen abgelegt, so dass man immer ca. 4 verschiedene Programme öffnen muss um sich alles zusammen zu suchen.
1238	Am Arbeitsplatz befindet sich eine elektronische Kurve, aber die Patientenakte ist nach wie vor analog, sodaß vieles ausgedruckt und abgeheftet werden muß, wie zuvor. Des Weiteren läßt die Übersichtlichkeit der elektronischen Kurve sehr zu wünschen übrig, sodaß nach wie vor vieles schriftlich dokumentiert und Ansetzungen zusätzlich mündlich kommuniziert werden müssen, da das Pflegepersonal sonst diese nicht mitbekommen. Da war die Kurve am Patientenbett deutlich übersichtlicher und Ansetzungen wurden durch den gezogenen Reiter gesehen, sobald das Pflegepersonal am Krankenbett war (was die Hauptzeit ausmacht). Ferner fällt das System oft aus, es gibt ein Update über einen längeren Zeitraum oder ist sehr langsam, sodaß man zur Untätigkeit gezwungen ist. Das einzige was entfällt, ist das "nervige" Kurvenschreiben für den nächsten Tag. Mehr Positives kann ich leider nicht berichten.....
1240	Radiologie alles digital aber PCs viel zu langsam. Systeme labil...
1245	Briefe diktieren mittels elektronischer Spracherkennung
1247	Wünsch komplett papierlose zu werden, jeder hat ein i-Pad
1250	Digitale Akte, moderne Bestrahlungsgeräte/-techniken
1259	Bereits digitales Narkoseprotokoll mit automatischer Übernahme d. Vitalparameter
1262	Keine elektronische Patientenakte, keine Digitalisierung von Bildgebungsbefunden.
1266	Zu wenig ausgereift.
1270	Uneinheitliches System in den verschiedenen Abteilungen

1272	Aufnahmebogen und komplette Akte noch handschriftlich
1280	Elektronische Akte, viel Doppelarbeit, unübersichtliche Software, da zu viele Klicks
1281	Es wird mit iPads und digitaler Kurve gearbeitet, die Ambulanz ist aber immer noch handschriftlich geführt und aufnahmebögen (in Neurologie sehr aufwändig) auch schriftlich.
1284	Tägl. Datensicherung und fast vollständige Trennung Intra- zu Internet.
1285	Pos. Weniges ist in 5 Jahren umgesetzt Mittlerweile werden Briefe jedoch schon digital mit Passwort und nicht nur handschriftlich korrigiert und vidiert.
	Neg. Keine elektronische Patientenakten Diktat kann durch Sekretariat nicht zeitnah bearbeitet werden, zu wenig zuarbeitendes Personal Befunde werden eingelesen liegen digital vor können aber nicht unmittelbar in die Briefe übernommen werden Kein einheitliches Anforderungssystem vieles wird trotz Klinik intern auf Papier angefordert
1287	Viele technische Geräte aus verschiedensten Anschaffungszeitpunkten mit fraglicher Kompatibilität
1291	Digitalisierung ist zwar gewünscht ,für die Umsetzung wurde jedoch ein katastrophales IT System eingekauft ,welches hoch ineffizient arbeitet und Patienten gefährdend ist!
1295	In der Tat ist stets ein Fortschritt, mehr Abläufe zu digitalisieren und somit die Arbeit zu vereinfachen. Jedoch spielt die Technik bzw. die Hardware in ihrer Geschwindigkeit nicht mehr mit.
1298	?
1300	Komplett digitale Krankenakte.
1309	Jeder Mitarbeiter hat ein eigenes IPad, es gibt fast ausschließlich die digitale Patientenakte
1315	Es soll wohl irgendwann einen Laptop geben, welchen man mit zur Visite nutzen kann
1319	Alle Befunde sind elektronisch erfasst und nach freigabe tagesaktuell für jeden ärztlichen Kollegen einsehbar.
1325	Die pflegerischen planetten sind immernoch auf Papier. Das meiste im PC. Verleger riefen finden sich auch nur in der akte. Will man einen Brief schreiben muss immer die akte vorhanden sein.
1327	Wenige,sehr langsame PCs.Laborwerte können in Briefen nicht übernommen werden,viele Externe Befunde sind nicht einsehbar....
1335	Ausfüllen von Prämedikationsbögen, dann Übertrag in den PC, Dokumentation auf Papier und am Ende Einscannen jedes Protokolls, auch von "Außen-Arbeitsplätzen" wie Schockraum oder HKL
1336	Die technische Ausstattung ist teils dermaßen veraltet/störungsanfällig, dass ein normaler Arbeitsablauf nicht möglich ist.
1341	Verschiedene Systeme für verschiedene Bereiche (Notaufnahme, Station, Langzeit-EKG, Sono) erschweren den Arbeitsalltag bei häufig fehlender Kompatibilität.
1342	Sie existiert nicht. Es ist ein Umzug in einen Neubau in ca 4 Jahren geplant. Investitionen finden daher nicht statt
1346	Keine
1347	Protokolle werden eingescannt und müssen dann digital vidiert werden
1360	vor k6 Wochen Umstellung auf elektronische Patientenakte.
1367	Nicht mehr zeitgemaess.
1369	Computersystem ist wahnsinnig unzeitgemäß, kompliziert und absolut nicht intuitiv bedienbar
1371	Aufnahmeptotokoll würde vor kurzem digitalisiert. Soll irgendwann in den Arztbrief übernommen werden. Technisch gibt es sehr gute endoskop. Geräte
1372	Durch das Belegärztesystem fühlt sich unsere Klinik in vielen Bereichen nicht zuständig, besonders was die Modernisierung, Digitalisierung usw. angeht nicht. Und die Belegärzte scheuen den finanziellen Aufwand selbst zu tragen
1373	ein Laptop für die Visite stünde bereit-wird durch den Chef allerdings nicht toleriert, bei Chefarztvisiten müssen immer alle Dokumente ausgedruckt vorgelegt werden. Zudem zählen die Dokumente nur in ausgedruckter, eingeordneter Form als rechtlich vidiert. Die Patientenakte muss durch die Assistenten eingeordnet werden, was in der Woche mehrere Stunden Zeit kostet. Das Computersystem ist oft zu langsam. Die Tastaturen klemmen. Da es an allen Ecken und Enden nicht stimmt ist das jedoch ein eher untergeordneter Kritikpunkt in unserer Abteilung.
1375	Keine vorhanden
1377	Zu schlechte, veraltete Hardware, Software nur unzureichend auf Fachabteilung und Bedürfnisse abgestimmt, unzureichende Anzahl IT-Mitarbeiter

1378	Viele heterogene Systeme auch in der eigenen Abteilung.
1382	Umstellung auf die elektronische Patientenakte geplant. Bereits zwei Abteilungen im Haus haben diese Umstellung bereits vollzogen und haben einen Doppelten Zeitaufwand für Dokumentation festgestellt. Dies wird auf leitungsebene ignoriert
1390	Verschiedene systeme laufen parallel, datenschutz ist in de psychiatrie besonders wichtig, computer zu langsam
1392	Gerade läuft der Versuch der Umstellung auf elektronische Patientenakte. Das bedeutet aktuell 3fache Arbeit.
1393	nutzung von laptops, digitale akte im pilotprojekt
1404	mobiler Visitenwagen vorhanden, elektronische Patientenakte geplant, Internetverbindung aber katastrophal
1408	Das Computersystem das wir benutzen kann eigentlich in allen Prozessen digital verwendet werden. Wird es jedoch nicht und man weiß nicht warum
1416	Digitale Patientenakte wird eingeführt, die Verbindung ist jedoch oft zu langsam für z.B. eine effiziente Visite
1418	Aktuell erfolgt die Einführung der digitalen Medikation. Die digitale Patientenakte wurde im laufenden Jahr eingeführt. Hierdurch ist man nicht mehr von den Klatten und Kurven abhängig und hat jederzeit Zugriff auf die Daten. Zudem haben wir digitale Visitenwägen. Leider ist unser Dokumentationsprogramm sehr fehleranfällig und langsam. Nachteilig im Zusammenhang der Digitalisierung ist die Abschaffung unseres Schreibbüros. Bisher konnten Briefe diktiert werden und wurden vom Schreibpro angelegt, bearbeitet und formatiert. Diese Arbeiten fallen jetzt auf uns zurück, da wir nur noch mit einem Spracherkennungsprogramm direkt in den Brief diktieren können.
1421	Station mit Papierdokumentation und IMC/Intensiv digitalisiert, daher erschwerte Schnittstelle
1430	Die technische Ausstattung lahm. Arbeitet langsam und ineffizient. Software stürzt ab.
1447	Pro: Digitale Patientenakte auf ITS (pro Bettplatz 1 PC + mehrere PCs in Kanzel/Arztarbeitsplatz), Contra: Obwohl seit Jahren in Planung, weiter handschriftliche Doku auf IMC-Kurven, obwohl gleiche Ebene und gleiche Abteilung. Pro: seit Anfang 2018 digitale Narkoseprotokolle, 2019 sollen digitale Schmerzprotokolle folgen Contra: diese aktuell noch recht unübersichtlich und keine gute Einweisung in das System (kalter Start mit entsprechenden Problemen) Pro: Visiten mit fahrbarem Computer(IMC), Contra: WLAN-Verbindung zu langsam, Rechner braucht zu lange um Pro: Hausweite Digitalisierungsinitiative mit Visiteneträgen im allgemeinen Patientenverwaltungsprogramm. Dieses jedoch veraltet und Verlinkungen zu Labor, Radiologie etc sehr umständlich
1448	elektronische Patientenakte - Dokumentationen und Anordnungen sind zeitaufwendig
1449	Mein Standort hat neben dem Universitätsklinikum in der Nähe meiner Meinung nach die höchste Stufe der Digitalisierung erreicht. Alle anderen Standorte in der Region arbeiten z.B. noch mit Papier und Scannern. Damit ist mein Standort, was die Effektivität und Effizienz betrifft, in Bezug auf die Digitalisierung, sehr gut.
1460	Digitalisierung erscheint kompliziert und verursacht eher mehr Arbeit als Nutzen!!!
1462	Keine
1472	Patientendokumentation digitalisiert, allerdings nur vom Arztzimmer aus möglich zu dokumentieren.
1480	In der Klinik werden nach und nach die Kurven auf digitale Kurven umgestellt, bei uns bisher noch nicht. Chirurgische Patienten werden erst von den Chirurgen und dann von uns in der Kinderklinik aufgenommen, jeweils mit sehr viel Papieraufwand und Dopplungen.
1488	digitale Patientenakten mit getrennten Systemen für die pflegerische und ärztliche Dokumentation
1489	Fast alle Abläufe digitalisiert (außer spezielle Anforderungen bei externen Partnern, v.a. Pathologie) Komplett papierfreies arbeiten
1500	Es gibt Diktiergeräte, um Arztbriefe schneller zu verfassen. Allerdings landen sie somit im Schreibbüro. Ich hätte lieber eine Spracherkennungssoftware, um den Brief sofort selber zu schreiben.
1507	keine, weil sie fehlt. Vor kurzem wurde z.B. die DECT-Telefonie, eine schon wieder veraltete Technik, eingeführt, da es immer wieder zu Gesprächsabbrüchen kam. Gerade in Notfallsituationen im OP ist dies schlicht Patientengefährdend.
1516	Es gibt eine Digitalisierungsstrategie, welche besagt, dass bis 2020 die digitale Patientenakte funktionieren soll. Aktuell gibt es jedoch schon ohne digitale Patientenakte regelhaft Probleme mit der IT.

	So fällt z. B. bei einem Update des Arbeitsprogramms die ganze Struktur für mehrere Stunden komplett aus, da es kein Backup-System gibt. Was eigentlich sehr einfach durchzuführen wäre.
	Auch kennt unsere IT Abteilung die Arbeitsstrukturen bei uns im Krankenhaus nicht. Wir Ärzte mussten schon mehrmals durch das Krankenhaus laufen um der IT Abteilung die Computernummern unserer Abteilung zu nennen damit z. B. Monitore ausgetauscht werden.
1519	Komplett digitale Patientenakte
1544	so gut wie gar keine Digitalisierung
1555	Wir haben endlich ein Diktirprogramm und angeblich ab Anfang des nächsten Jahres auch Visiten-Notebooks
1556	zwei verschiedene Standorte mit unterschiedlichem Fortschritt der Digitalisierung. Einerseits sehr fortschrittlich und super mit alles in einem System (Imed1), und andererseits überhaupt nicht, da 2 verschiedene PC-Klinik-Systeme (Imed1 und SAP) verwendet werden und die Papierkurve und -akte als dritte Informationsquelle dient.
1560	Befindet sich in Bearbeitung
1579	Es gibt zwar ein Computersystem, viele Befunde können dort aber nicht eingesehen werden und werden dann doch nur in Papierform übermittelt. Das ist auch zwei mal Arbeit für die Sekretärinnen weil wir sie dann beim Briefe diktieren nochmal abdiktieren und sie dann ein zweites Mal geschrieben werden müssen. Auch gibt es keine Visitencomputer sondern nur Papieralten die dann oft unvollständig sind sodass ich oft Befunde suchen muss oder zum Computer im Arzttimer gegen muss.
1582	Auf der gastroenterologischen Station kein Sonogerät vor Ort, Befunde werden teilweise noch handschriftlich verfasst und müssen dann in den Entlassbrief diktiert werden, Röntgenanforderungen können nur vom stationären Computerarbeitsplatz aus eingegeben werden, das wiederum ist für das Pflegepersonal nur umständlich nachvollziehbar, mitunter sind dann Patienten zum Untersuchungszeitpunkt nicht nüchtern etc.
1591	Jeder Arzt über persönliches Telefon zu erreichen, ausreichend Computer (jedoch oft langsam, nicht auf allen Rechner gehen alle Programme). Diktieren unkompliziert über IPOD möglich, Briefe dann vom Schreibbüro zügig geschrieben. In der Notaufnahme jedoch nur tagsüber Computerdokumentation möglich, da die Nachtschwestern nicht im Umgang mit dem System geschult werden (Kostengründe) und daher nachts wieder analog auf Zetteln gearbeitet werden muss. Oft funktionieren Toos wie der Rezeptdruck nicht, da die IT ohne Vorwarnung irgendetwas umstellt.
1604	Es gibt Kurven mit Dokumentation und Medikamentenanordnung in Papierform, was immer wieder zu Problemen führt. Briefe etc und die meisten Befunde im PC (Orbis). Auf IMC und ITS digitale Kurven und Anordnungen in einem Intensivprogramm (Copro) und Briefe und Befunde in Orbis, daher manchmal Doppeldoku. Es gibt Bestrebungen, dies zu ändern.
1622	Die Systeme sind da, werden aber nicht genutzt, da die Systeme noch nicht ausgereift sind
1637	Aktuell werden Visiten-PCs getestet, um im Verlauf welche anzupassen. Die Patientenakten und Visiten werden allerdings noch auf Papier dokumentiert. Die PCs sind momentan nur dazu gedacht, dass man Labore, Befunde etc. während der Visite begutachten kann.
1640	Viele neue Programme, doch die Schnittstellen fehlen. Es sind immer zu viele Klicks notwendig.
1649	Billiges und unpraktisches Computerprogramm (imedone)
1651	keine
1658	Viel geplant, bisher wenig umgesetzt.
1690	elektronische arztverläufe
1697	Es sind noch nicht alle Befunde im PC ersichtlich (Echo, LZ-EKG etc.) werden noch auf Papier ausgestellt. D.h. 50% im PC, 50% auf Papier. Das PC System ist extrem langsam. Mind. 2x/ Woche werden Hotfixes eingespielt. Für eine Medikamentenanordnung braucht man häufiger mal 10min, da der PC abstürzt oder extrem langsam lädt. Im Wochenenddienst gibt es keinen Ansprechpartner bei PC Problemen. Bereits 3-4x dieses Jahr fiel das komplette System kurzzeitig aus, sodass keine Informationen zu Patienten in dem Moment vorlagen. Keine Möglichkeit mehrere Fenster zu öffnen, d.h. beim Konsil stellen muss man in ein Word Dokument zwischenskopieren, um alle Informationen dort aufzulisten.
1699	Ausschließlich digitale Patientakte und -kurve
1701	Immer noch Papierkurven für Medikation, Vitalparameter und Verlauf, auf der anderen Seite Befund/Arztbriefe im Orbis
1702	Für jeden Arzt steht ein iPad zur Verfügung bei dem man auf das e-Kurve/Akte des Patienten zugreifen kann, einschließlich Labor und Bilder
1703	Kein WLAN, daher keine Visitencomputer, keine elektronischen Kurven

1730	Lap Tops für größere Visiten (Chef-Arzt-, Oberarzt- Visite)
1758	Elektronische Patientenakte soll nach und nach eingeführt werden.
1764	Bereits ein digitaler Arbeitsplatz
1766	Unser Chef ist äußerst steinzeitlich und altmodisch und wünscht eine eher handschriftliche DOKumentation, insb. der Aufnahmebögen, hinterher erfolgt dann eine Dokumentation digital im Arztbrief, aber viele Informationen bestehen handschriftlicher Art in der Patientenkurve , der Akte und im Pc und nirgends ist alles gebündelt für alle jederzeit einsehbar. Schrecklich ineffizient.
1771	Manche Prozesse (Dokumentation in der Anästhesie) sollten vielleicht besser nicht digitalisiert werden. Andere (Prämedikation der Patienten) gehören dringend digitalisiert. Hier gehen immer wieder basale Informationen wie aktuelle Medikation o.ä. verloren!
1783	Keine handschriftliche Doku, Versuch der größtmöglichen Digitalisierung
1784	Viele Anforderungen werden per Hand und per System erfasst und befundet..
1807	Erst dieses Jahr hat das Haus angefangen alte Akten einzuscannen. Trotzdem muss noch alles doppelt geschrieben und digital hinterlegt werden. Man fühlt sich manchmal wie in den 1990 ern
1810	Wir haben viel zu wenig PCs. Ich habe keinen eigenen PC-Arbeitsplatz.
1815	Mehrer Softwares und Anwendungen für die Kernprozesse nötig. Sprachprogramm, RIS, KIS. Viele Prozesse sind nicht automatisiert und müssen manuell abgeschlossen werden (z.B. copy paste von Kurzbefunde aus dem RIS in KIS, etc.).
1816	Digitale Kurve für 2020 geplant
1823	Digitale Visite mit Tablets
1827	Wir führen komplett elektronische Akten.
1838	Nein
1842	Technik bzw.software insgesamt ineffizient bzw.praktisch ein Zeitfresser
1852	2 Ärzte jeder Abteilung (KeyUser) und die IT Abteilung treffen sich einmal im Quartal um die Digitalisierung voranzutreiben und den Fortschritt zu überwachen.
1855	Kaum Dokumente in Papierakten, das meiste wird mit PC erfasst, z. B. auch Sonografie. Mobile PCs für Visite vorhanden.
1869	nach und nach ist in allen inneren Kliniken die elektronische Fleberkurve eingeführt worden, was alles schön lesbar macht und einfach anzuordnen, aber manchmal kann etwas verloren gehen, das man nicht übersieht, wenn mann es auf dem Papier abzeichnen muss.
	Die Echokardiograischen Befunde werden leider noch nicht ins Orbis eingespeist und müssen diktiert oder abgetippt werden.
	Das Orbis bietet schon viele Vorteile, einige Sachen können hier noch optimiert werden.
1886	elektronische Patientenakte soll demnächst kommen, Laborwerte etc. bereits digital, aber die PCS/die EDV macht häufig Probleme bzw. Rechner sehr langsam, so dass langwieriges Arbeiten am Rechner
1888	Papierfreie Praxis, regelmäßige Invesationen in neue Technologien
1890	Mobile Visitenwagen, Dokumentation vorallem digital (Planetten der Pflege noch handschriftlich), digitales Medikamentenprogramm (mit Ausdruck für die Pflege)
1904	Digital erst in 2-4 Jahren, aktuell alles was digital ist an Befunden und Doku wird ausgedruckt und nachträglich eingescant zur Archivierung
1905	Bereits eine digitale Patientenakte für stationäre und ambulante Patienten, lediglich für Aufklärungen und einige wenige andere Formulare wird bei stat. Patienten noch eine Akte angelegt.
1907	elektronische Kurve
1911	"papierloses Büro"
1927	IT-Systeme werden nur teilweise genutzt, da für erweiterte Funktionen die Lizenzen fehlen. Somit muss teils doppelt oder sogar dreifach dokumentiert werden.
1951	Einerseits soll aus Abrechnungsgründen so viel wie möglich digital dokumentiert werden, gleichzeitig fehlt z.B. ein Laptop, welches z.B. eine Visitedokumentation etc ermöglichen würde. Viele Gespräche und Teambesprechungen sowie Visiten werden daher ungenügend/nur analog dokumentiert.
1953	die Visite/Dokumentation/Anordnung/Anamnesebögen ist alles Handschriftlich und in Papierform z.T sehr aufwendig. Labore jedoch am PC (kein Visiten PC vorhanden) Für viele Befunde gibt es Software von unterschiedlichen Herstellern und die Verknüpfung ist z.T. umständlich und langsam. Dann sind nicht alle Befunde an einem Ort. (die IT ist insgesamt häufig sehr langsam, was störend ist.)
1963	Elektronische Patientenakte, Digitale Medikationsanordnung etc.
1966	Automatische Übermittlung von Befunden diagnostischer Geräte (EKG, Sono usw) an PCs und Vorhandensein von Visitenlaptops.

1976	In der Notfallaufnahme wird noch handschriftlich dokumentiert Visiten werden auch handschriftlich dokumentiert
2012	Alte Computer, Drucker im Stationszimmer oder derzeit nicht genutztem Bad, erwartetes Erlernen bestimmter Programme im „try and error verfahren“ ????
2027	Digitale Medikamentenlisten mit Bewertungen und Warnhinweisen bzgl. Wechselwirkungen und Interaktionen.
2035	Die Briefe werden nun digital diktiert und es gibt ein Plan für die Abschaffung der Papierakten und deren komplette Digitalisierung.
2075	Digitale Akte , Verordnung digital
2076	Elektronische Patientenkurve, neue Sonogeräte
2094	Kein einheitliches EDV System wie orbis oder sapv werden verwendet sonder viele kleine (kostengünstigere) Programme die dann durch die hauseigene EDV über Programme miteinander verknüpft werden
2112	Technische Ausstattung ist da, funktioniert aber oft nicht zusammen und erzeugt damit oft Probleme
2125	Aktuell läuft die Umstellung auf die digitale Patientenakte! Jedoch soll die Pflegefall frühestens in einem Jahr folgen, das bedeutet weiterhin doppelte Dokumentation also Arbeit
2126	Man rühmt sich einer volldigitalen Akte, jedoch auf Kosten von Effizienz
2140	Keine Besonderheiten. Digitalisierung ist noch kein Thema.
2142	Authentifizierung der Nutzer mit Passwort (kein 2. Faktor), Terminals "streamen" Zugang zu einer zentralen Serverinstanz. Ausfälle ca. 1x/Monat während der Arbeitszeiten aufgrund Wartung oder Fehler.
2149	Langsame PCs, schlechter IT Service, veraltetes Stationsmanagement- Programm
2154	Ideen wie Visitenlaptop und Vereinfachung der Patientenverwaltung oder Dokumentation treffen oft auf lange (Monate bis Jahre!) Etablierungszeiten. Oft bestehen Hindernisse in der EDV (keine technisch/objektiv nachvollziehbaren) und monetäre Argumente.
2156	Keine
2163	Visitencomputer
2172	Keine Besonderheiten
2180	Keine
2187	Keine Internet Nutzung für Mitarbeiter möglich (wlan) bzw. sehr restriktive Nutzung
2198	Das Problem bei der Digitalisierung ist, dass Dokumentation und Befunde nicht immer übersichtlich sind. Teilweise müssen Dokumente eingescannt werden, Medikamente aus der hausärztlichen Versorgung müssen per Hand eingetragen werden, nicht alle Vertragspartner (externe Konsile) nutzen den Computer zur Dokumentation
2202	Die elektronische Patienten Akte wurde eingeführt, jedoch bestehen ständig IT Probleme die die Arbeit behindern (kein WLAN, PC hängt sich auf, Server stürzt ab), doppelte Dokumentation durch mehrere nicht Zusammenhängende Programme, schlechte Schulung der Mitarbeiter, mehr Arbeit für Ärzte bei Entlastung der Schwestern (zB Medikamenteneingabe), unübersichtliche Fieberkurve mit vielen Kinderkrankheiten die einfach nicht gelöst werden (Orbis curve), fehlende Visite Wagen ect...
2203	- bei den schon vorhandenen technischen Geräten gibt es oft Probleme die von Technikern nicht zeitgerecht behoben werden und dann nur in unzufriedenem Umfang - insgesamt sehr simple, teilweise schlechte Softwares
2209	Elektronische Patientenakte (nur Intensivstation) Medikamentendatenbank für Perfusoren
2215	Digitalisierung schreitet auf Grund von mangelhafter Hardware und langwierigen Genehmigungsprozessen nur sehr langsam voran.
2217	Ich schildere nur einige Aspekte: Die Hardware ist oft veraltet mit zu wenig Arbeitsspeicher. Laden von Dateien oder der Aufbau einer Suchmaske dauert unerträglich lange. Ich schätze den wöchentlichen Zeitverlust durch "warten auf das System", Systemabstürze etc. auf 2 Stunden. Noch gibt es keine elektronische Patientenakte. Es treten immer wieder Fehler bei der Übertragung der Medikamente in der Patientenkurve auf. Anordnungen werden teilweise unleserlich notiert. Dies birgt zusätzlich Gefahren für den Patienten, da die Pflege nicht immer nachfragt und "interpretiert". Systemabstürze sind seltener geworden, doch kommen diese immer noch gelegentlich vor. Sehr ärgerlich sind in diesem Zusammenhang Datenverluste. Zugriffsrechte sind kompliziert vergeben. Vor lauter Sicherheit können wichtige online-Quellen nicht genutzt werden, auf der anderen Seite gibt es an anderer Stelle gravierende Sicherheitslücken was die Datenverarbeitung betrifft. Es dauert lange bis eine Akte durch alle Instanzen gelaufen ist und eingescannt im System einsehbar. Vor allem bei Re-Eingriffen nach Komplikation ist die Vorakte mit den Medikamenten und Informationen zum stationären Verlauf im vorausgegangnen Aufenthalt des Patienten "im Haus unterwegs". Alles muss deshalb erneut aufgenommen werden. Das verunsichert den Patienten und die behandelnde Ärzte.

2222	Das IT-Sytem ist dauerhaft überlastet, die Software ist ebenfalls veraltet.
2223	elektronische Patientenakte viele Qualitätssicherungsbögen da für Zertifizierung notwendig, daraus resultiert doppelte Dokumentation
2226	IDMEDICS
2231	Komplett digitale Patientenakten.
2233	Videodokumentationen sehr sinnvoll für Fachbereich, technische Ausstattung aber nicht ausreichend
2238	Keine
2243	Obwohl Laborwerte und Vitalparameter digital erfasst werden, müssen diese Ärztlicherseits beim Briefeschreibern einzeln abgetippt werden/ Bzw einzeln diktiert, können nicht einmal aus dem System kopiert werden, sondern tatsächlich abgetippt- jeder einzelne!
2246	Hardware total veraltet, langsam, mit vielen Abstürzen, dreifachen Anmeldungen, Wartezeiten bis 10 Minuten bis System einsatzfähig - bei kurzer Abwesenheit vom Rechner wieder alles von vorne, da komplette Abmeldung erfolgt. Trotzdem wird eine Strategie der vollständigen digitalen Patientenakte durchgepeitscht, ohne eine gute Software und Hardware zu haben. Völlig inakzeptabel, jedoch als ausführende Kraft wird man von der Geschäftsführung nicht beachtet. Alles was Geld kostet, was neue Hardware tut, wird sowieso abgelehnt.
2257	auch Computerbasierte dokumentation muss ausgedruckt, unterschrieben und wieder eingescannt werden
2264	Aktuell wird die Umstellung des Krankenhausinformationssystems auf ein zentrales Programm (von Praxen* und Klinik zugreifbar und steuerbar) erwogen.
2284	*der Klinik sind über 6 Praxen angeschlossen. Moderne Funktionsabteilung, aber uralte Geräte auf Station, die man auch für den Dienst braucht (teilweise mit Klebeband repariert und nicht sicher funktionsfähig. Sono/EKG) Keine mobilen Monitore: für eine engere Überwachung der Vitalparameter ist ein Bett auf der Intensivstation notwendig! Bei den handschriftlichen Anordnungen an die Schwestern etc. geht einiges verloren oder passieren Fehler. Briefe werden in Word geschrieben und als Dokument gespeichert, aber nicht im Fallsystem hinterlegt oder verlinkt: um einen Vorbrief aus der eigenen Abteilung zu finden, kann man beten, dass der Kollege davor bei Name und Geburtsdatum keinen Schreibfehler gemacht hat. Hausinterne Konsile laufen meist handschriftlich, was zu zeitlichen Verzögerungen führt und dass man vieles nicht lesen kann ...
2285	Digitale Visite soll 2020 eingeführt werden.
2308	Aktuell findet ein Wechsel auf die digitale Krankenakte Statt (Papierform wird verlassen).
2310	Digitalisierung ist an dem Anwender vorbei und ineffizient geplant worden. Nimmt mehr Zeit in Anspruch als sie einbringt
2317	Befunde und Aufklärungsbögen werden eingescannt und gelten dann als "digital" dabei ist gerade mal eine PDF Datei im KIS hinterlegt die verschiedenne Programme (KIS, Klinikapotheke, Ultraschallprogramm) existieren alle parallel nebeneinander, es muss alles doppelt oder gar dreifach dokumentiert werden es gibt Laptop-Visitenwagen was ein guter Schritt ist. fast alle Areitsplätze haben 2 Bildschirme, die man braucht,, um im KIS effizient zu arbeiten
2318	Komplett digitale narkoseprotokolle, komplett digitale ITS-Kurve, digitale Schmerzprotokolle für 2019 geplant. Für Ärzte Dienst-ipads fur schnelleres aufrufen Laborwerten etc. Die digitale Prämedikation funktioniert Dank Apple jedoch nicht (nicht kompatibel, wer beschafft dann sowas?!) Negativ: IMC Kurve handschriftlich, aktuell im Zuge der Digitalisierung arzteinträge im PC, Einträge der Pflege auf Kurve, obwohl eine Klinik, ITS und IMC unterschiedliche Doku
2352	Ich arbeite persönlich an 2 Digitalisuerungsprojekten.
2348	Wir haben noch Papierackte, es wirding handschriftlich dokumentiert und dann im System geopst. Korrektur der Briefe findet handschriftlich statt, der Assistenzarzt muss die Korrekturwünsche selbst eintragen und Brief erneut dem Oberarzt vorlegen. Es finden Bis zu 3 solche Durchgänge statt. Es gibt mehrere Programme, die miteinander nicht verknüpft sind.
2351	ich kenne keine
2356	Fast alle Dokumentation läuft über den PC (Excel/ SAP/ Copra). Jedoch Zusatzprotokolle (Beatmung) oder Aufklärungen erfolgen Handschriftlich und müssen extra eingescannt werden. Automatische Datenübernahme ist bei veralteten Geräten oft problematisch (technische

	Probleme sind sehr häufig).
2359	Digitaler Arztbrief
2361	Keine.
2364	Gibt keine
2366	02/2018 Umstellung auf digitale Pat.akte, mit einzelnen Abläufen gibt es immer wieder Probleme, Schnittstellen funktionieren nicht (Orbis und Endodoc z.B.)
2367	RpDoc !
2371	Teleradiologie über Fax, das nicht funktioniert
2374	Auf der Intensivstation: Kurven werden nur noch digital geführt von der Pflege. Ärztliche Anordnung von z.B. Medikamenten in diesem Programm sehr aufwändig bis teils nicht möglich, weil seltene Medikamente nicht in der Datenbank hinterlegt sind. Immer wieder problematisch. Daher zu ärztlichen Anordnungen weiterhin Papier Akten.
2379	Keine Laptops bei Visite, TASY als fortschrittliches IT System lange geplant jedoch noch nicht eingeführt
2382	In unserer Abteilung gibt es positiv gesehen keine Besonderheiten. Im Gegenteil, unser Ultraschallgerät ist so veraltet, dass man kaum etwas damit wirklich befunden kann.
2387	Komplette digitale Dokumentation der Narkose
2389	Uni-Klinik: im Prinzip alles vorhanden, aber mangelhaft vernetzt und maximal unübersichtlich. Jede Abteilung hat andere Systeme.
2396	Doppelte Buchführung in digitaler und Hardcopy-Form (Papierformat)
2401	Die Dokumentation der Einzeltherapie ist schlecht digital zu bewerkstelligen.
2403	Digitale Patientenakten
2416	Technische Ausstattung: Uralte Mikroskope mit denen man schlecht arbeiten kann , ständig kaputte Rhinopronten ,...
	EDV: schlechte Programme, ineffiziente Formulare, unlogischer Aufbau
2425	KA
2428	Visite und Patienten Verwaltung ausschließlich elektronisch
2433	Leider noch analog
2436	Neuanschaffungen sind häufig veraltete Modelle, widerstand ggn Digitalisierung seitens der Kollegen, lieber mehrfache kleine Investitionen statt eine große für länger.
2448	Laptops für die Visite sind seit 3 Jahren beantragt... Das sagt egtl alles aus.
2451	Dokumentation fast vollständig digital.
2452	Weiß ich nicht.
2455	Befunde sind nur teilweise Digital vorhanden, Sonobilder nur analog. LZ EKGs müssen eigenhändig ins System eingefügt werden
2464	es gibt leider keine. Wir diktieren sogar noch auf Kassetten die wir selbstständig ins Schreibbüro bringen müssen.
2468	pc systeme
2471	keine überdurchschnittliche Besonderheiten
2476	Papierlose ZNA, noch in den Kinderschuhen.. Auf Station fehlende Verknüpfung bei Visite bzgl. Anmeldung von Untersuchungen, Laboreinsicht, Vorbefunde und Verknüpfung mit anschließendem Arztbrief, Gerangel um die Patientenakte mit der Pflege etc.
2478	Computer sind zu langsam für die Programme, drohende digitale Akte mit drohendem überaufwendigem Anordnungsprogramm.
2481	Weiterhin Anordnungen, Dokumentation, Aufnahmebögen und Konsile handschriftlich.
	Befunde müssen aus >3 verschiedenen Systemen abgerufen werden.
2500	Es sind Tablets für jeden Arzt geplant. Zur Zeit gib es für d Ärzte 1 PC für 20!patienten
2505	Es gibt keine Strategie. Alles wird per Hand dokumentiert und dann in den Arztbrief abgeschrieben
2507	Visitenwägen mit PC zur digitalen Befund- und Laboreinsicht, laufende Umstrukturierung von analoger Kurvendokumentation zu ausschließlich digitaler Kommunikation
2516	Elektronische Akte, jedoch nur unvollständig umgesetzt.
2518	Viele innerklinische Anforderung sind inzwischen digitalisiert, jedoch ist die Dokumentation der Ambulanzen im speziellen auch die Terminvergabe dort nicht elektronisch geplant, was es schwierig macht die Termine von Patienten nachzuvollziehen. Technische Ausstattung von täglich verwendeten Geräten Ultraschall, EKG, Dialyse ist auf aktuellem Stand könnte aber für eine Uniklinik, welche sich als Vorreiter im Einsatz neuer Technik und Geräte sieht auch moderner sein. Andere nicht täglich genutzte Geräte (Defibrillatoren) könnten durchaus modernisiert werden und genügen nicht mehr den neuesten Anforderungen (nur monophasisch, schlechte Darstellung/Monitoring)
2522	ganz aktuell: neues Dokumentationsprogramm, Anwendung muss ohne Einführung in das neue System erfolgen. Schlechte Dokumentationsqualität aufgrund von Unwissen. Zusätzlich

	Unzufriedenheit mit dem System auf allen Ebenen, nur nicht bei den "Einführenden". Zusätzlich keine vernünftige Einführung in ORBIS (EPA).
2541	Dokumente werden eingescannt, Labore sind digital verfügbar. Dokumentation findet digital statt.
2552	Keine
2553	Ab April 2019 wird die digitale Patientenakte mit einer komplett neuen Software eingeführt.
2563	Es gibt eine elektronische Krankenakte
2565	Die Kosten der Digitalisierung werden gescheut, obwohl das Haus erst 2014 gebaut wurde.
2574	Es wird seit Jahren im Haus davon geredet, in der Praxis passiert aber kaum etwas.
2576	Elektronische Kurve. Zusätzliches zweites Programm mit Stationsübersicht, in dem alle Befunde (Labor, Röntgen, EKG etc.) gesammelt werden. Insgesamt schon ziemlich gut, ermöglicht schnellen Zugriff auf die allermeisten Infos.
2577	ich bin in eine bereits voll digitalisierte Arbeitsstelle gekommen
2579	Print2Mail, Scan2Mail, elektronisches Dashboard (Notfallstation)
2582	Es soll angeblich irgendwann eine digitale Kurve kommen. Diese wird dann sicherlich auch ineffizient werden...
2585	Theoretisch papierfreies KH
2587	Komplette Fieberkurve ist digital.
2614	Ein digitales/elektronisches Narkoseprotokoll soll in den nächsten Monaten/Jahren etabliert werden.
2615	unbekannt
2619	Anforderungen an Digitalisierung werden wiederholt mit den Assistenzärzten besprochen
2626	Halbjährliche Rotationen in unterschiedlichste Abteilungen mit verschiedenen Software-Programmen und anderen Doku-Standards machen es sehr anstrengend
2627	Digitale Patientenakte, jedoch nicht alle Befunde im System
2632	Elektronische Akten
2644	-Langsamer PC -Häufige PC-Abstürze -Es fehlt ein PC für die Visite (Sehr umständlich, keine direkt aktuellen Infos zur Hand) -Doppelte Doku - keine Diktiermöglichkeit -unleserliche Kurven (Es fehlt die digitale Kurve) - unterschiedliche Dokumente für ZB Medikamentenplan, Verlaufsplan, etc (verschiedene Word-Dok.)
2646	- Mitgestaltung im Rahmen von Projekten mgl. - rege Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung - sehr visionärer und bzgl. der Digitalisierung sehr aufgeschlossener Chefarzt - große Teile der Inneren Klinik digitalisiert
2655	mobiler Visitenwagen, relativ neue Beatmungsgeräte, zentrales Monitoring über WLAN
2659	Pflege sträubt sich in mehreren Stationen des Hauses so nachhaltig gegen Einführung der Digitalisierung, dass diese seit Jahren nur auf wenigen Stationen läuft. Dadurch müssen wir Ärztinnen doppelt (auch auf Papier in den Pflegeakten) alles dokumentieren.
2660	neue Narkosegeräte, jedoch ohne digitale Kurven und digitale Erfassung der Narkoseprotokolle
2680	Keine.
2684	Digitalisierung gut umgesetzt, Visite mit Computern, von unterschiedlichen Standorten Zugriff auf Patientenakte/Laborwerte/Befunde etc.
2692	Bei der Einführung der elektronischen Kurve/Visite wurden Pflegekräfte und Ärzte einzeln geschult und keiner blickt mehr durch, welches Zeichen was bedeutet und wer wann fürs Vidieren zuständig ist...
2696	Einführung digitaler Patientenakte
2706	Keine
2724	SpeaKing (Diktieren und gleich sehen, was man diktiert hat), Kurve elektronisch, gute Kompatibilität innerhalb des Hauses was Befunde etc. angeht
2741	keine Besonderheiten vorhanden
2746	Planung der digitalen Krankenakte für 2019
2776	In der Anästhesie haben wir zwar bisher weiterhin handschriftliche Protokolle, die meisten Patientendokumente sind aber auch digital erfasst und können am Computer nachgeschaut werden. Außerdem werden die Protokolle eingescannt.
2783	PCs extrem langsam, stürzen immer wieder ab, 3 verschiedene Programme für Normalstation, ZNA und IMC/ITS, keine automatische Übernahme von Daten Anordnungen und Verläufe müssen handschriftlich in der Akte erfolgen Konsile i.d.R. handschriftlich Kein Sono-Gerät auf Normalstation

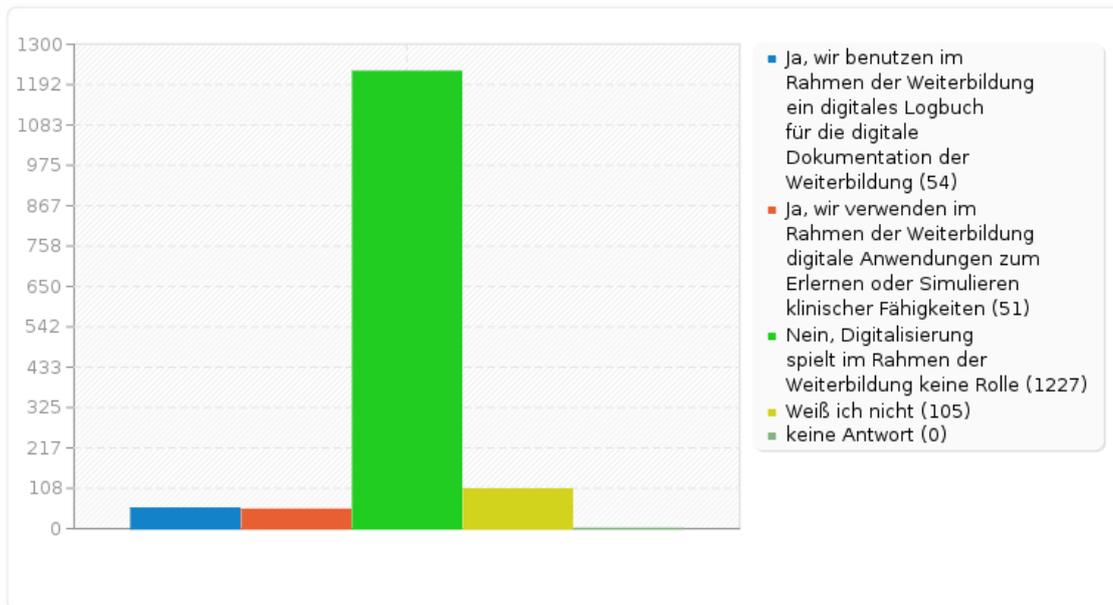
Feld-Zusammenfassung für W1

Inwiefern treffen folgende Aussagen in Bezug auf digitale Anwendungen/Equipment auf Ihre Weiterbildung zu?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja, wir benutzen im Rahmen der Weiterbildung ein digitales Logbuch für die digitale Dokumentation der Weiterbildung (A1)	54	3.76%
Ja, wir verwenden im Rahmen der Weiterbildung digitale Anwendungen zum Erlernen oder Simulieren klinischer Fähigkeiten (A2)	51	3.55%
Nein, Digitalisierung spielt im Rahmen der Weiterbildung keine Rolle (A3)	1227	85.39%
Weiß ich nicht (A4)	105	7.31%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für W1

Inwiefern treffen folgende Aussagen in Bezug auf digitale Anwendungen/Equipment auf Ihre Weiterbildung zu?



Feld-Zusammenfassung für W2

Welcher der folgenden Punkte trifft auf Ihren Arbeitsplatz zu?

Antwort	Anzahl	Prozent
Es gibt klar festgelegte Weiterbildungsziele und -inhalte (SQ001)	187	13.01%
Eine strukturierte Weiterbildung wird in der Abteilung umgesetzt (z.B. verlässlicher Rotationsplan, der alle relevanten Inhalte abdeckt) (SQ002)	348	24.22%
Es gibt regelmäßiges Feedback von den weiterbildenden Ärzten zum Ausbildungsstand und Gespräche über Verbesserungspotenziale (SQ003)	291	20.25%
Ein Abschließen der Weiterbildung erfolgt so zügig wie möglich/ in der Mindestzeit (SQ004)	390	27.14%
Es gibt eine kurzfristige Ansprechbarkeit bei kritischen/ anspruchsvollen klinischen Situationen (SQ005)	723	50.31%
Keiner der genannten Punkte trifft zu (SQ006)	352	24.50%
Sonstiges	65	4.52%

ID	Antwort
79	Rotationen erfolgen zu spät und intransparent
116	Ein Abschließen erfolgt so zügig wie möglich, jedoch ohne dass alle erforderlichen Weiterbildungspunkte tatsächlich erfüllt wurden.
238	Es soll aktuell ein Mentorenprogramm eingeführt werden, um die Weiterbildung besser zu strukturieren, bisher schleppend.
241	Die klar definierten Ziele werden selten erreicht
246	Es gibt einen festgelegten Rotationsplan, man ist in manchen Rotationen allerdings oft Springer und kommt dann nicht dazu, die Funktionsdiagnostik zu erlernen
266	Grundsätzlich gibt es einen festen Rotationsplan, der aber nicht die Endoskopie und Sonographie betrifft. man kann versuchen neben der regulären arbeit hier her zu rotieren, was jedoch meistens aufgrund von hohem Arbeitsaufkommen nicht klappt.
355	Es gibt Feedback im Rahmen eines Jahresgespräches mit dem Chefarzt jedoch wenig Feedback im Alltag.
383	Weiterbildung ist egal, Ultraschall kann ich in meinen urlaubstagen lernen in der Klinik.
423	Weiterbildungsversprechend werden oft nicht eingehalten.
453	Wahlfreiheit bzgl. der Schwerpunkte
496	keine Weiterbildungsordnung, wenig Supervision. Learning by error
525	Muss ich noch abwarten
536	selbst verantwortlich
545	Dass das so funktioniert ist primär dem großen Einsatz unseres Chefs für die Assistenten zu verdanken.
555	durch ständigen Abteilungswechsel in der Allgemeinmed. kein fester Ansprechpartner für Weiterbildung
560	Eine strukturierte Weiterbildung findet nicht statt.
595	Die Umsetzung des Weiterbildungsplans ist mangelhaft
618	Es gibt rotationspläne aber die reichen nicht aus um genug Erfahrung zB kn Bezug auf gastrokopien und Ultraschall Erfahrung zu sammeln
647	Rotation vorhanden, aber Intensivzeit oft nicht in der Mindestzeit erreichbar.
651	Es existiert theoretisch ein Weiterbildungsprogramm, dass alle Maßnahmen im Rahmen der FA-Weiterbildung erfassen soll. Daa funktioniert nur einfach nicht.
658	Ausscheiden aus dem Rotationsplan bei Schwangerschaft/Elternzeit
673	Die Weiterbildung in den Funktionen (z.B. Sono) muss selbst organisiert werden.
709	Es wird trotzdem ein Zertifikat für gute Weiterbildung angestrebt
728	kein Interesse der Weiterbilder an der Weiterbildung, mir werden die Patienten zur Verfügung gestellt "und dann lern halt was oder auch nicht"
762	klang sehr strukturiert, rotation klappt nicht wie angekündigt
896	Im Hausinternen Weiterbildungsschema geplante Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen muss ich mir erstreiten!
899	keine richtig strukturierte Weiterbildung
996	Ein Jahr Tandemnachtdienste mit dem Oberarzt
1004	ich kann keinen Punkt bestätigen, jedoch auch nicht abschließend behaupten, dass keiner der genannten Pkte zutrifft. Bin erst seit 2 Monaten beim neuen Arbeitgeber.
1070	Man muss regelmäßig Angst haben, geforderte Ausbildungsinhalte nicht ableiten, oder, falls der Chef in Laune ist, nicht unterschrieben zu bekommen.

Kurz-Statistiken

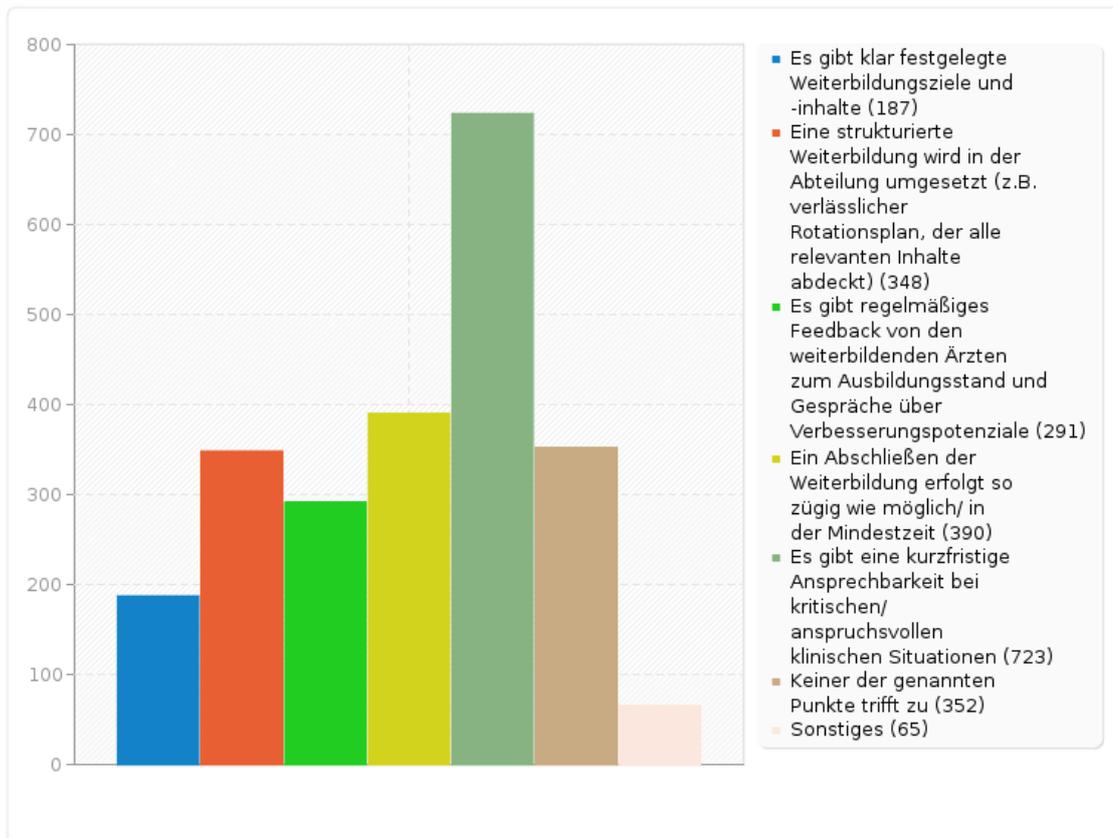
Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

1099	1x/Jahr Weiterbildungsgespräch, Rotation je nach freien Stellen möglich, kein fester Plan vorhanden
1243	Man muss sich um alles selbst kümmern, Rotationen, Fortbildungen usw. Im Alltag würde ich sogar oft abgewiesen als ich ausdrücklich um Hilfe gebeten habe.
1247	Strukturierte Weiterbildung ist weitestgehend vorhanden, bzw. in Planung
1266	Zu wenig strukturiert. Aufgrund der Arbeitsbelastung und zu wenig Personal bleibt viel auf der Strecke.
1373	es gibt keinerlei strukturierte Weiterbildung. Anstatt an Rotationen teilnehmen zu können, wird man jahrelang in der Notaufnahme eingeteilt. Anstatt die abdominelle Sonographie zu erlernen, muss man Überstunden auf Station leisten. Die Funktionen, in unserem Fall Sonographie, müssen wenn dann in der Freizeit erlernt werden, wobei selbst dann von oberärztlicher Seite keine Zeit in die Weiterbildung investiert wird. Am Ende der Weiterbildung, die aufgrund einer um Jahre verzögerten Intensiv-Rotation die angestrebte Weiterbildungsdauer meist um Jahre überschreitet, werden die Fertigkeiten durch den Chef einfach unterschrieben, egal ob man sie jemals gelernt hat oder nicht. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass der Chef einem gut gesinnt ist, ansonsten geht man mit leeren Händen
1386	Es gibt keine strukturierte Weiterbildung, keinen Rotationsplan. Eine komplette Weiterbildung ist nicht möglich.
1418	Man erfährt seine Rotation manchmal erst 1 Monat bevor sie startet, die für die Ausbildung nötigen Untersuchungszahlen kann man nicht erreichen, da zu häufig unterbesetzt und nicht entsprechend in der Funktion eingeteilt
1427	jährliche Mitarbeitergespräch
1430	Es gibt zwar einen selbst gestalteten Rotationsplan. Dieser ist jedoch nicht verbindlich. Man wird abgezogen, um woanders Lücken zu schließen
1441	Rotationsplan nicht zu durchschauen
1449	Eine Ausbildung für Assistenzärzte existiert seit vielen Monaten de facto nicht. Man bildet sich in Eigenverantwortung weiter oder eben gar nicht. Fachärzte "blockieren" im Tagesgeschäft MRT/Angio, damit die Befundlast überhaupt geschafft werden kann. Assistenzärzte machen Tumorboards, Tumorverlaufskontrollen, Röntgenschau, Rettungsstelle...Tag aus Tag ein als volle Arbeitskraft ohne Ausbildungsanspruch.
1556	Der Rotationsplan wird umgesetzt. Die Einarbeitung ist allerdings sehr mangelhaft.
1591	Rotation gelingt, jedoch im Alltag keine Zeit von Seiten oder Ober-/Fachärzte Dinge zu erklären oder gar zu zeigen. Keine Zeit mal in die "Funktionen zu gehen". In 9 Monaten Pulmo war ich kein einziges Mal bei einer Lufu oder einem Allergietest. Die Diabetesambulanz habe ich in meiner Freizeit mal begleitet, um überhaupt etwas zu lernen.
1604	Gespräche nur 1x/Jahr durch den Chef, aber eher oberflächlich
1637	Keine Weiterbildungsstruktur, bzw. Weiterbildung soll von unserer Initiative aus erfolgen, falls sich ein zeitlicher Freiraum während des Stationsarbeit ergibt (unrealistisch)
1651	Mitorganisationsmöglichkeit
1658	Keine Weiterbildungsgespräche, kein Feedback und wenn nur negatives/destruktives Feedback.
1793	kein strukturiertes Weiterbildungskonzept
1855	Man ist in allen Arbeitsbereichen eingesetzt, aber einen "roten Faden" gibt es nicht. Das muss man sich anhand des Logbuch selber denken.
1920	Weiterbildung wäre wünschenswert. Man ist meist nur auf sich gestellt.
1953	keine geplanten Rotationen nur nach Bedarf, keine klare Weiterbildungsstruktur
2102	Kein Rotationplan
2217	wenn man selbst gut strukturiert ist kann man in unserer Klinik Feedback-Gespräche einfordern. Den Überblick über naoch ausstehende Maßnahmen und Rotationen muss der Assistenzarzt selbst haben und die notwendigen Dinge einfordern. Dann gelingt es recht gut.
2223	es gibt einen Rotationsplan, der aber nicht verlässlich ist, auf dem Papier finden zwar eine regelmäßige Rotation statt, durch vertretungen arbeitet man aber dann ggf. nur tatsächlich bis Funktion
2293	keine Rotation in Abdomensonografie
2308	Es gibt keinen Rotationsplan, kein „Logbuch“ o.ä., 1x pro Jahr erfolgt ein Weiterbildungsgespräch. In diesem geht es jedoch nie darum, was man bislang kann und wo noch Lücken sind. Es findet eher pro forma statt, da vorgeschrieben...
2400	wenn man sich selber kümmert, kann man in alle relevanten Bereiche rotieren
2422	Keine strukturierte Weiterbildung, eher "learning by doing"
2437	Wir sind zu wenig Personal und zu wenig Oberärzte für eine gut strukturierte Ausbildung. Fragen werden aber immer gerne und bereitwillig beantwortet
2451	Eine strukturierte Weiterbildung ist aufgrund von ständigem personalwechsel und Ausfällen nur eingeschränkt möglich
2579	grosszügige Ermöglichung/Zahlung ext Weiterbildung
2587	Aufgrund von Personalnot kommt es zu Pausieren der Rotation und damit verbunden zur

	Verlängerung der Ausbildungszeit
2642	Das primäre Interesse liegt eher darauf die Stationen mit ausreichend Ärzten zu besetzen, sodass das Tagesgeschäft abgedeckt werden kann, Rotationen sind sekundär dazu.
2644	Kein Weiterbildungsplan
2783	Theoretisch strukturierter Weiterbildungsplan, wird aber nicht eingehalten

Feld-Zusammenfassung für W2

Welcher der folgenden Punkte trifft auf Ihren Arbeitsplatz zu?



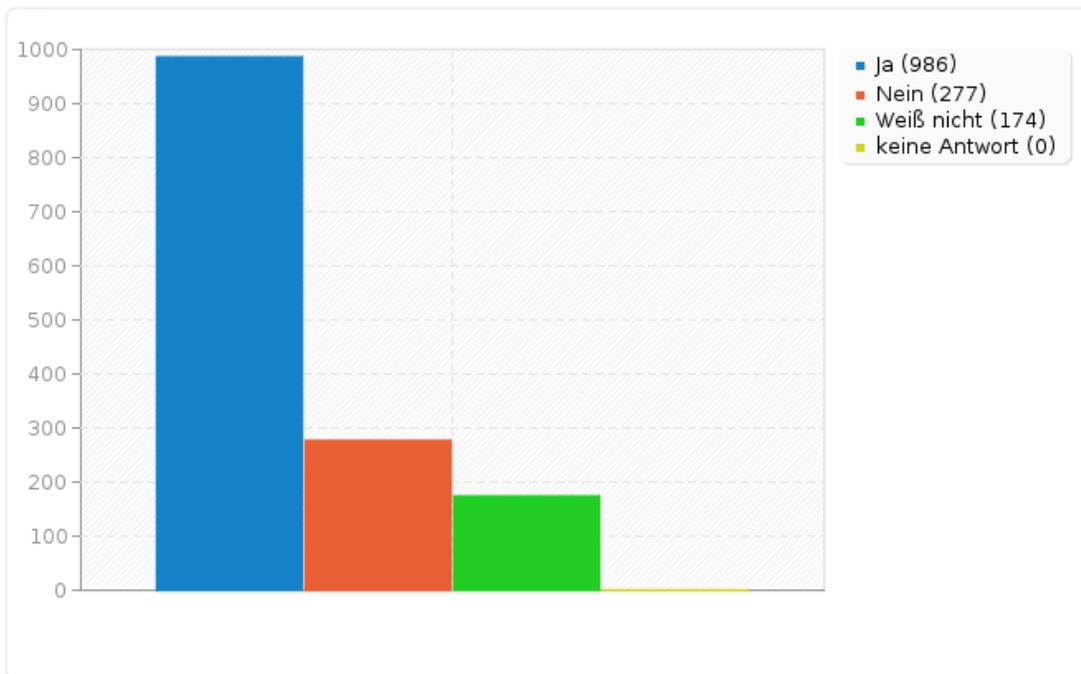
Feld-Zusammenfassung für W3

In vielen Tarifverträgen ist die Möglichkeit verankert, für Weiter-/Fortbildungsveranstaltungen freigestellt zu werden (mehrere Tage pro Jahr). Wird Ihnen das unkompliziert ermöglicht?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (A1)	986	68.62%
Nein (A2)	277	19.28%
Weiß nicht (A3)	174	12.11%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für W3

In vielen Tarifverträgen ist die Möglichkeit verankert, für Weiter-/Fortbildungsveranstaltungen freigestellt zu werden (mehrere Tage pro Jahr). Wird Ihnen das unkompliziert ermöglicht?



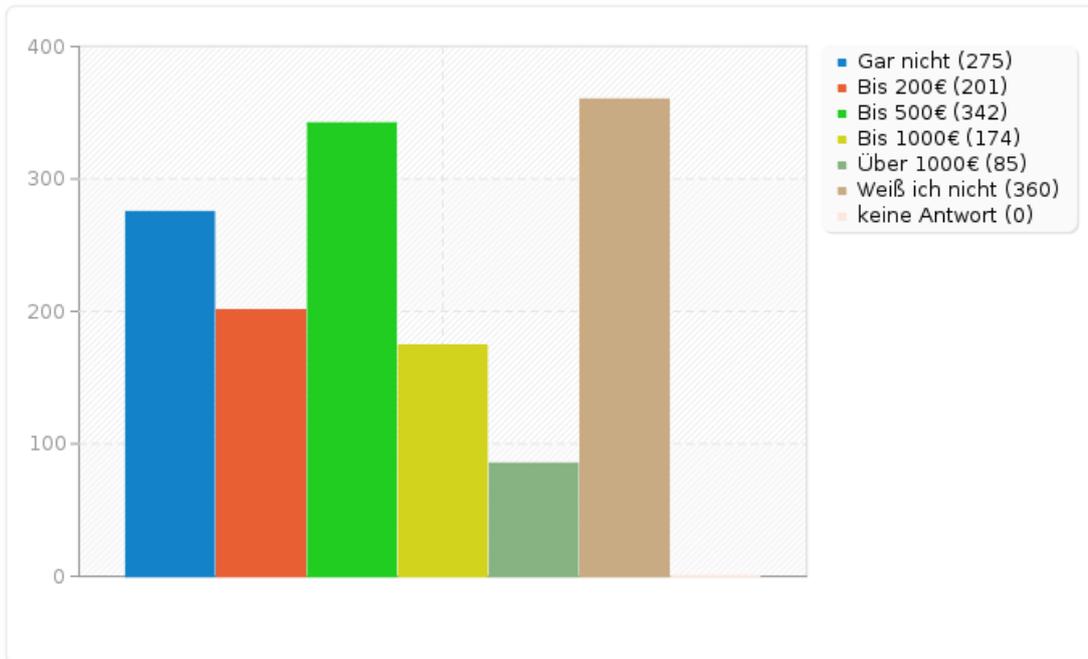
Feld-Zusammenfassung für W4

In welchem finanziellen Umfang (z.B. für Teilnehmergebühr, Anreise, Übernachtung) werden Sie regelmäßig vom Arbeitgeber pro Jahr für Fortbildungen unterstützt?

Antwort	Anzahl	Prozent
Gar nicht (A1)	275	19.14%
Bis 200€ (A2)	201	13.99%
Bis 500€ (A3)	342	23.80%
Bis 1000€ (A4)	174	12.11%
Über 1000€ (A5)	85	5.92%
Weiß ich nicht (A6)	360	25.05%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für W4

In welchem finanziellen Umfang (z.B. für Teilnehmergebühr, Anreise, Übernachtung) werden Sie regelmäßig vom Arbeitgeber pro Jahr für Fortbildungen unterstützt?



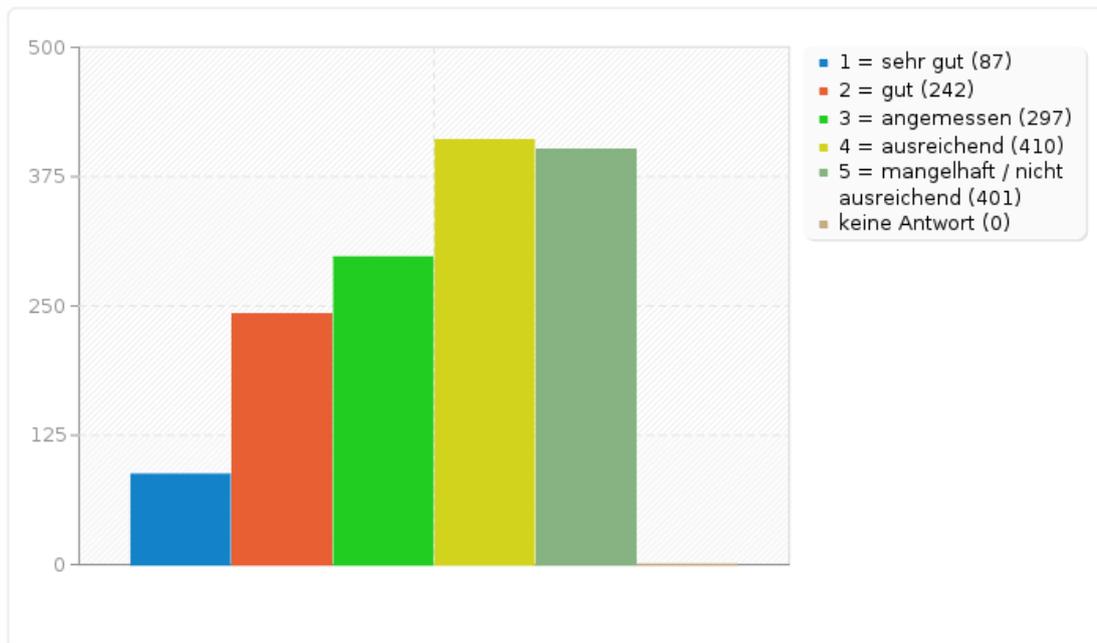
Feld-Zusammenfassung für Q1

Wie schätzen Sie die Qualität und den Umfang Ihrer Einarbeitung zum Berufsstart ein?

Antwort	Anzahl	Prozent
1 = sehr gut (A1)	87	6.05%
2 = gut (A2)	242	16.84%
3 = angemessen (A3)	297	20.67%
4 = ausreichend (A4)	410	28.53%
5 = mangelhaft / nicht ausreichend (A5)	401	27.91%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für Q1

Wie schätzen Sie die Qualität und den Umfang Ihrer Einarbeitung zum Berufsstart ein?



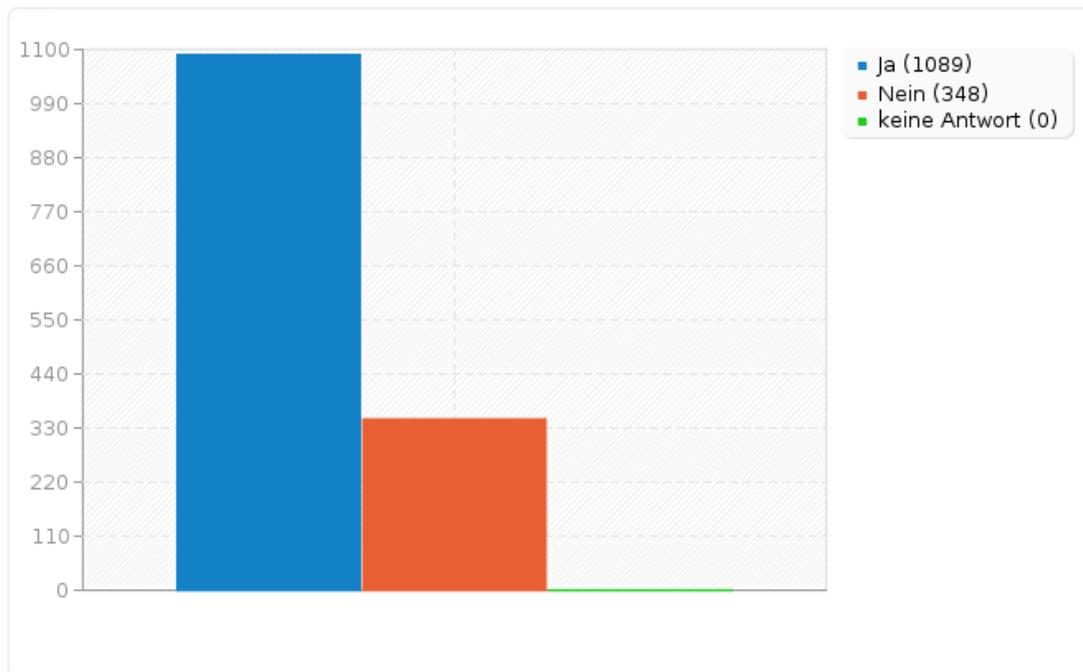
Feld-Zusammenfassung für Q2

Hatten Sie das Gefühl, zu früh (z.B. während Ihres ersten Berufsjahres, bei Rotationen) mit Situationen konfrontiert gewesen zu sein, auf die Sie noch nicht vorbereitet waren (Nachtdienst, ITS, alleine auf Station)?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	1089	75.78%
Nein (N)	348	24.22%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für Q2

Hatten Sie das Gefühl, zu früh (z.B. während Ihres ersten Berufsjahres, bei Rotationen) mit Situationen konfrontiert gewesen zu sein, auf die Sie noch nicht vorbereitet waren (Nachtdienst, ITS, alleine auf Station)?



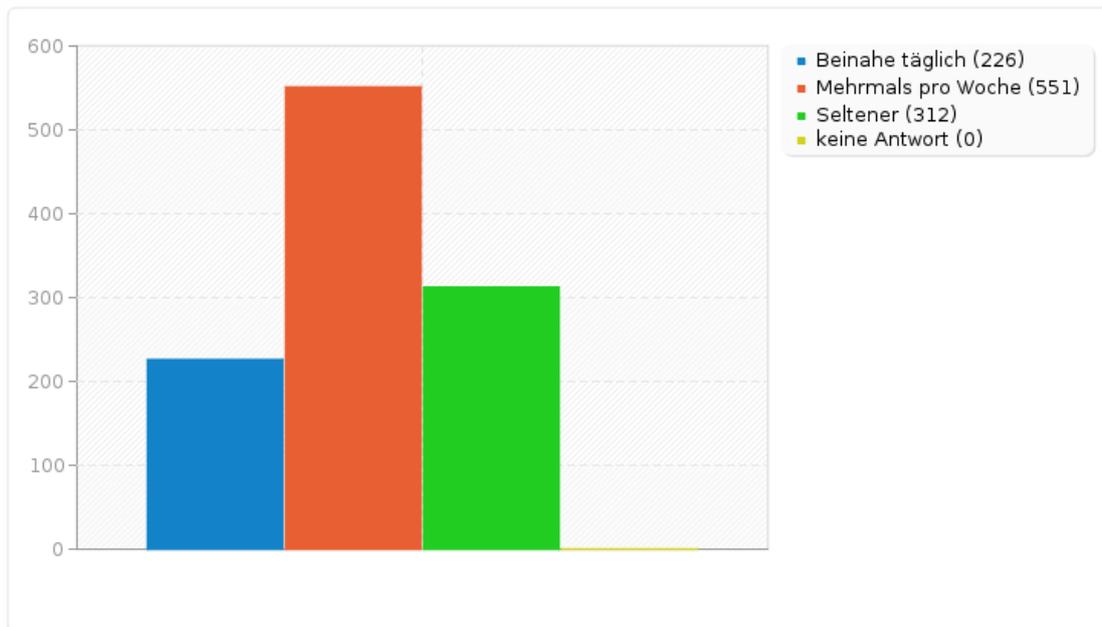
Feld-Zusammenfassung für Q3

Wenn ja, wie häufig

Antwort	Anzahl	Prozent
Beinahe täglich (A1)	226	20.75%
Mehrmals pro Woche (A2)	551	50.60%
Seltener (A3)	312	28.65%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für Q3

Wenn ja, wie häufig



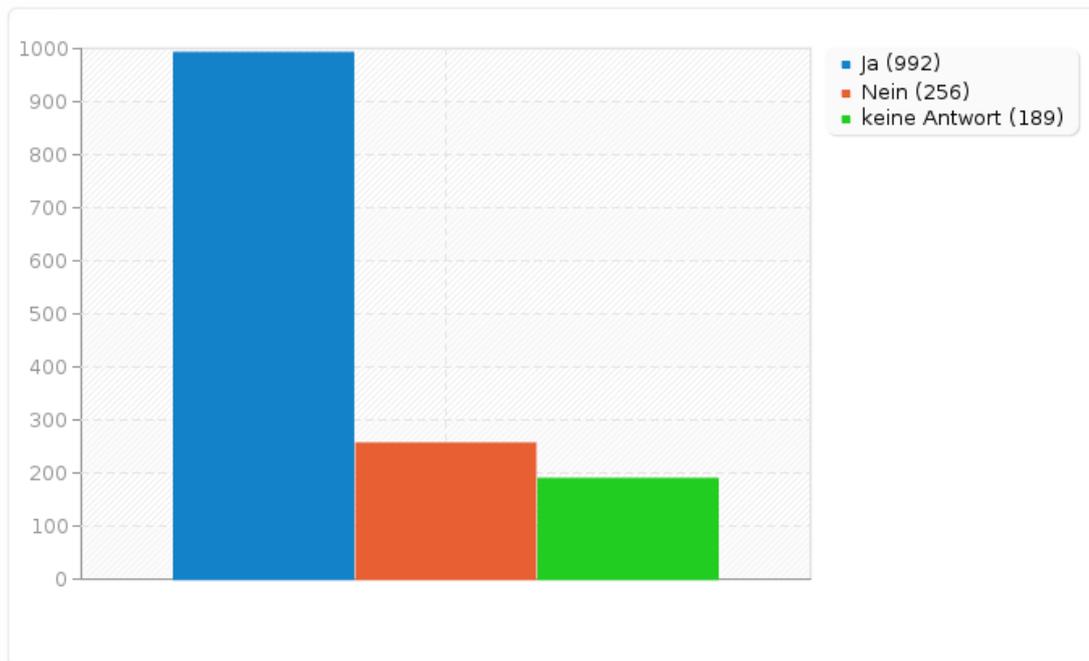
Feld-Zusammenfassung für Q4

Haben Sie bei sich oder Kollegen schon einmal bemerkt, dass durch mangelnde Einarbeitung patientengefährdende Fehler (z.B. Medikationsfehler, Befunde nicht zeitnahe gesehen) eingetreten sind?

Antwort	Anzahl	Prozent
Ja (Y)	992	69.03%
Nein (N)	256	17.81%
keine Antwort	189	13.15%

Feld-Zusammenfassung für Q4

Haben Sie bei sich oder Kollegen schon einmal bemerkt, dass durch mangelnde Einarbeitung patientengefährdende Fehler (z.B. Medikationsfehler, Befunde nicht zeitnahe gesehen) eingetreten sind?



Feld-Zusammenfassung für Q5

Wie wird in Ihrer Abteilung mit (möglichen) Fehlern umgegangen?

Antwort	Anzahl	Prozent
Werden strukturiert aufgearbeitet und analysiert (SQ001)	269	18.72%
Werden, wenn möglich, überhaupt nicht angesprochen (SQ002)	191	13.29%
Können, wenn, nur von Oberärzten angesprochen werden (SQ003)	173	12.04%
Können offen von allen angesprochen werden (SQ004)	567	39.46%
Werden regelmäßig abgefragt (feste Termine für Fallbesprechungen) und zusammen diskutiert (SQ005)	187	13.01%
Werden häufig einzelnen Personen angelastet (SQ006)	329	22.89%
Dramatische Fehler müssen erst passieren, bevor sich etwas ändert (SQ007)	428	29.78%
Es gibt ein gelebtes Konzept, Gefahren zu erkennen, bevor Fehler passieren (Risk-Management) (SQ008)	86	5.98%
Sonstiges	66	4.59%

ID	Antwort
30	Werden aufgearbeitet, aber unterliegen keiner Struktur
53	Werden unsystematisch angesprochen
69	Noch keine Erfahrung
79	Es gibt kein Sicherheitssystem für die Angestellten, kalkulierbare Gefahren werden akzeptiert
120	Habe selbst schon 2x große fehler gemacht. Dachte es gibt richtig Ärger/es ändert sich was, da 1x systemfehler. Wurde nicht drauf angesprochen. Wird ignoriert.
232	Sehr unterschiedlich
238	Bei eindeutigen Fehlern, die häufig mit anderen Abteilungen zu tun haben, werden angesprochen. Bei gravierenden Fehlern gibt es ein offizielles Gespräch. Alltagsfehler Oder wenn es gerade noch gut ging (CIRS, v.a. bei Verschulden durch die eigenen Abteilung) werden häufig weggeschwiegen. Ich würde mir eine sehr viel offenere Fehlerkultur wünschen.
310	Sehr unterschiedlich
326	Regelmäßige momo konferenz
351	Weiß ich nicht
407	Es gibt ein Fehlermanagementsystem, dieses wird jedoch nicht konsequent umgesetzt
453	Werden durch enge Zusammenarbeit meist vermieden!
496	ohne Supervision bemerkt man seine Fehler erst, wenn diese passieren. Es mangelt häufig an Betreuung
513	Kann angesprochen werden. Reagiert wird wenig oder zu langsam.
525	Muss ich noch abwarten
536	kein Konzept
654	Komplikationskonferenz
679	keine strukturiertes Fehlermanagement; oft zwischen Tür und Angel
695	Es wird gemeckert und das war es
696	Passieren einfach, es besteht keine Zeit darüber zu reflektieren oder gar Konsequenzen daraus zu ziehen
724	Unterschiedlich
842	Unregelmäßige Besprechungen an denen oft nur wenige teilnehmen aufgrund der schlechten Besetzung, bzw. gleichzeitig noch anfallender anderer Tätigkeiten.
910	jedoch nicht immer berücksichtigt
917	Können bei "kleinen" Fehlern angesprochen werden, werden eher abgetan. Große Fehler werden angesprochen, eher mit Schuldzuweisungen verbunden.
994	Häufig liegt es an einem selber über Fehler oder fragliche Situationen ein Feedback einzuholen
1031	Fehler/Probleme werden offen besprochen, jedoch scheitert Verbesserung oft an unflexiblen Strukturen
1058	CIRS Meldesystem
1099	können anonym gemeldet werden
1119	Werden einmal in der Besprechung kurz vom Oberarzt angesprochen
1236	Man wird ggf. deutlichst auf seinen Fehler aufmerksam gemacht
1240	Gibt ärger auf sehr persönlicher und beleidigende ebene
1288	Kommt auf die Person an

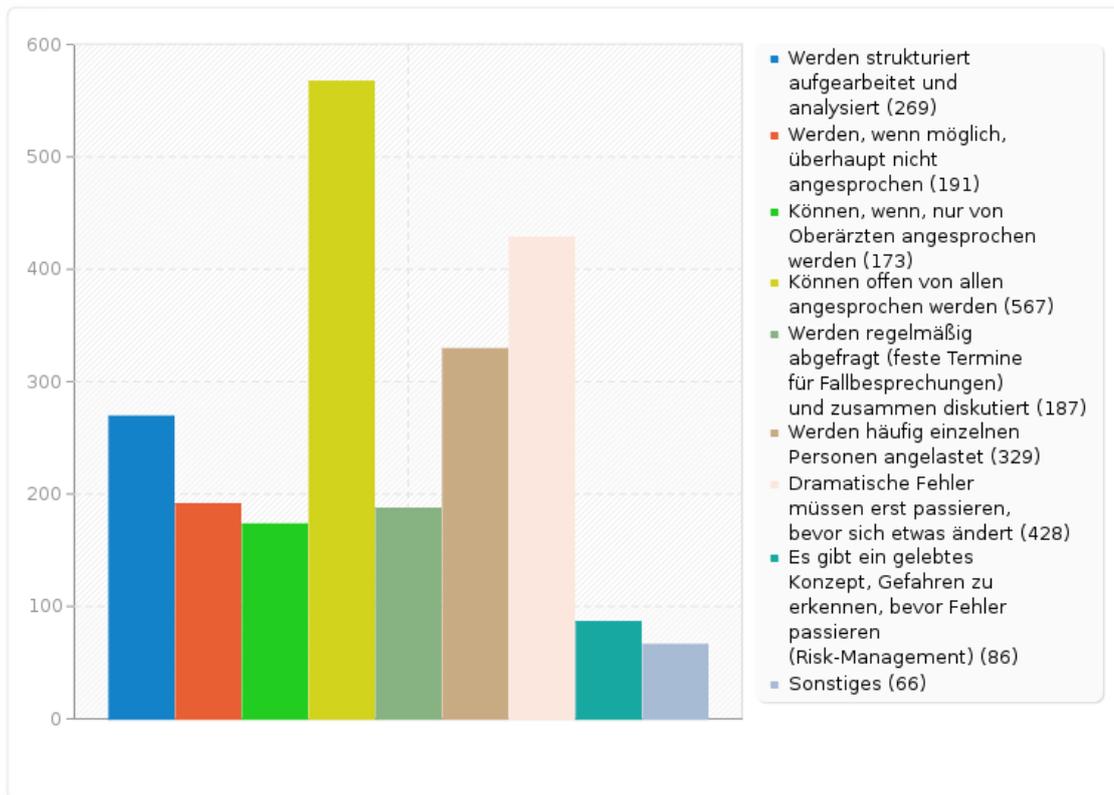
Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

1319	MM-Konferenzen
1416	Kommt auf den Einzelfall und die beteiligten Personen an. Teils wird gut darüber gesprochen, teils nicht.
1418	Man wird vom OA kritisiert
1449	Zum Glück gibt es noch andere Abteilungen mit fähigen Kollegen, die Fehler entdecken und intervenieren können.
1517	Fehler werden zwar besprochen, aber keine Konsequenzen gezogen
1534	passiert dramatisches und es ändert sich nicht
1574	CIRS System Intranet
1592	M & M Konferenzen 1x Monat
1600	katastrophales Fehlermanagement
1604	Versuch der Aufarbeitung in M&M Konferenzen, aber m. E. n. nicht zielführend
1637	Wird nicht aktiv besprochen. Vielleicht im Zweier-Gespräch zwischen AA und OA. Man bekommt nicht immer mit, was passiert
1652	Fehler und Gefahren werden häufig von allen (Pflege, Ass.ärzte, Oberärzte, Chefärzte) angesprochen, es ändert sich deshalb nur nahezu nichts.
1691	Es existieren zwar Risikobewertungen und Risk Management aber die Umsetzung ist teilweise mangelhaft
1758	weiß ich nicht
1776	bisher noch nicht aufgetreten
1855	Wird offen angesprochen, manchmal ändert sich aber nur wenig in der Folge.
1907	.
2017	Vvgb
2127	Werden nur mit dem direkten OA besprochen der dann über weiteres Vorgehen entscheidet
2148	werden vertuscht
2163	im Team angesprochen
2372	Dokumentiert und besprochen. Fazit wird dokumentiert. Umgesetzt wird nichts.
2396	Werden angesprochen, aber nicht aufgearbeitet bzw nicht analysiert. Führen auch eher selten zu einer Konsequenz.
2401	Man kann darüber sprechen, wenn man möchte.
2422	Öffentliche Standpauke vom Chef
2503	Weiß nicht
2553	Werden mit Kollegen besprochen, denen man vertraut, ggf. auch den Oberärzten oder dem Chef
2563	Wird mal eben nebenbei erwähnt : das war übrigens total falsch
2574	CIRS-Meldungen
2576	kein Konzept bisher
2587	Schwierig zu beantworten. Fahrlässige Fehler sind bisher nicht aufgetreten. Bei kleineren unwichtigen Dingen wird es gelegentlich, dem Zb Nachtdiensthabenden zur Läßt gelegt. Dies kommt zum Glück selten vor.
2667	CIRS SYSTEM vorhanden
2696	Ärger für den verursachenden Arzt, keine Aufarbeitung, kein Umdenken
2783	Abhängig von Station und OA

Feld-Zusammenfassung für Q5

Wie wird in Ihrer Abteilung mit (möglichen) Fehlern umgegangen?



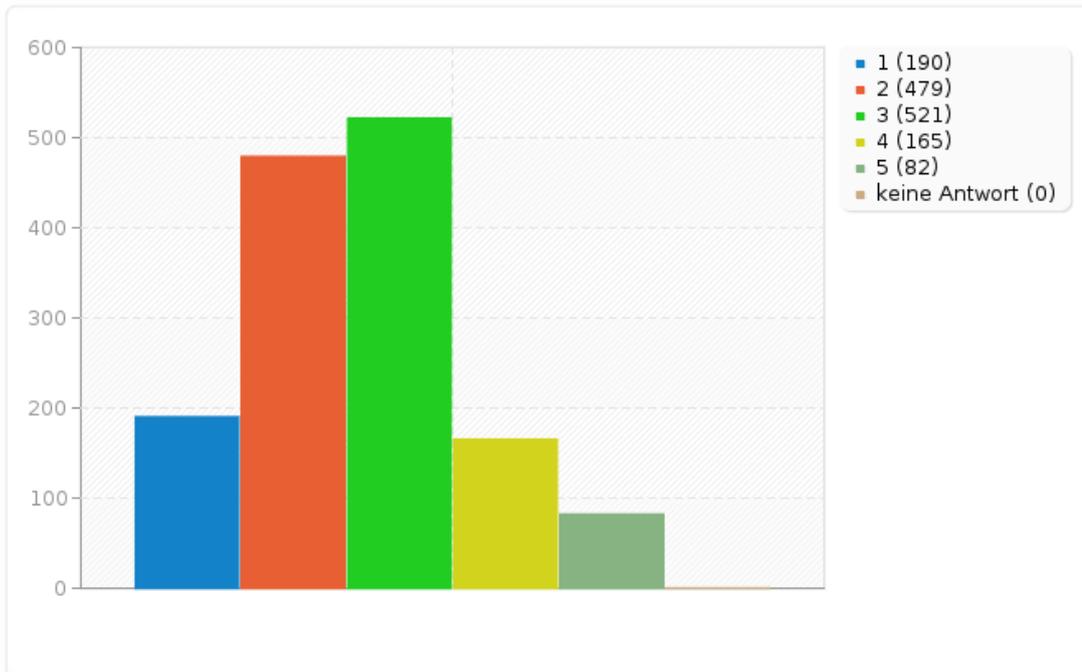
Feld-Zusammenfassung für Q6

Wie schätzen Sie das Potenzial von Digitalisierung in Bezug auf Fehlervermeidung ein (z.B. durch Barcode-Identifikation, Single dose unit - Medikamentenausgabe etc.) ? Skala: 1 = sehr hoch bis 5 = nicht vorhanden

Antwort	Anzahl	Prozent	Summe
1 (1)	190	13.22%	46.56%
2 (2)	479	33.33%	
3 (3)	521	36.26%	36.26%
4 (4)	165	11.48%	
5 (5)	82	5.71%	17.19%
keine Antwort	0	0.00%	
Arithmetisches Mittel	0		
Standard Abweichung	0		
Summe (Antworten)	1437	100.00%	100.00%
Anzahl Fälle		0%	

Feld-Zusammenfassung für Q6

Wie schätzen Sie das Potenzial von Digitalisierung in Bezug auf Fehlervermeidung ein (z.B. durch Barcode-Identifikation, Single dose unit - Medikamentenausgabe etc.) ? Skala: 1 = sehr hoch bis 5 = nicht vorhanden



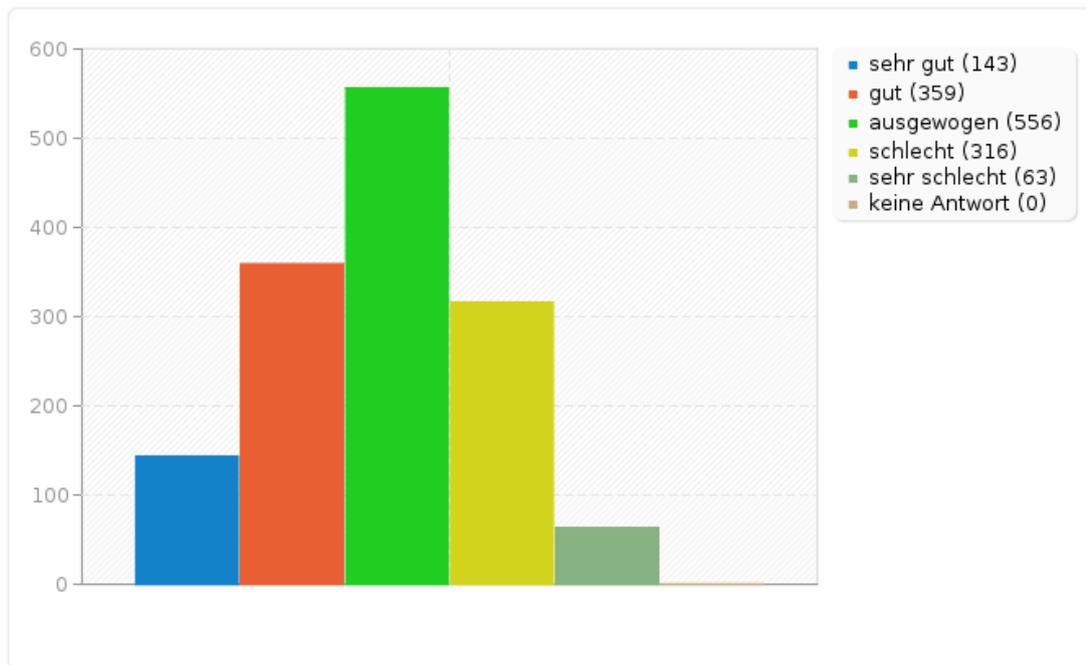
Feld-Zusammenfassung für K1

Wie gut ist es Ihnen möglich, sich von Ihrem zuständigen Facharzt/ Oberarzt/ Chefarzt zu Ihrem aktuellen Wissensstand ein Feedback einzuholen?

Antwort	Anzahl	Prozent
sehr gut (A1)	143	9.95%
gut (A2)	359	24.98%
ausgewogen (A3)	556	38.69%
schlecht (A4)	316	21.99%
sehr schlecht (A5)	63	4.38%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für K1

Wie gut ist es Ihnen möglich, sich von Ihrem zuständigen Facharzt/ Oberarzt/ Chefarzt zu Ihrem aktuellen Wissensstand ein Feedback einzuholen?



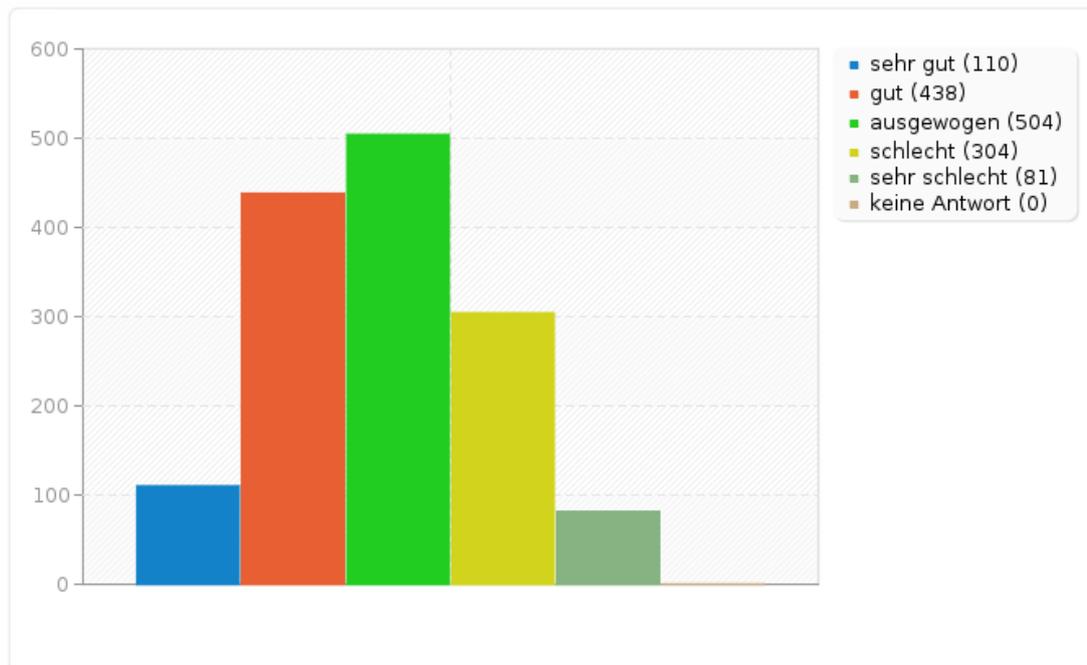
Feld-Zusammenfassung für K2

Wie beurteilen Sie die Fähigkeit Ihres Weiterbildungermächtigten, Ihren Weiterbildungs-/ Wissensstand einzuschätzen?

Antwort	Anzahl	Prozent
sehr gut (A1)	110	7.65%
gut (A2)	438	30.48%
ausgewogen (A3)	504	35.07%
schlecht (A4)	304	21.16%
sehr schlecht (A5)	81	5.64%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für K2

Wie beurteilen Sie die Fähigkeit Ihres Weiterbildungermächtigten, Ihren Weiterbildungs-/ Wissensstand einzuschätzen?



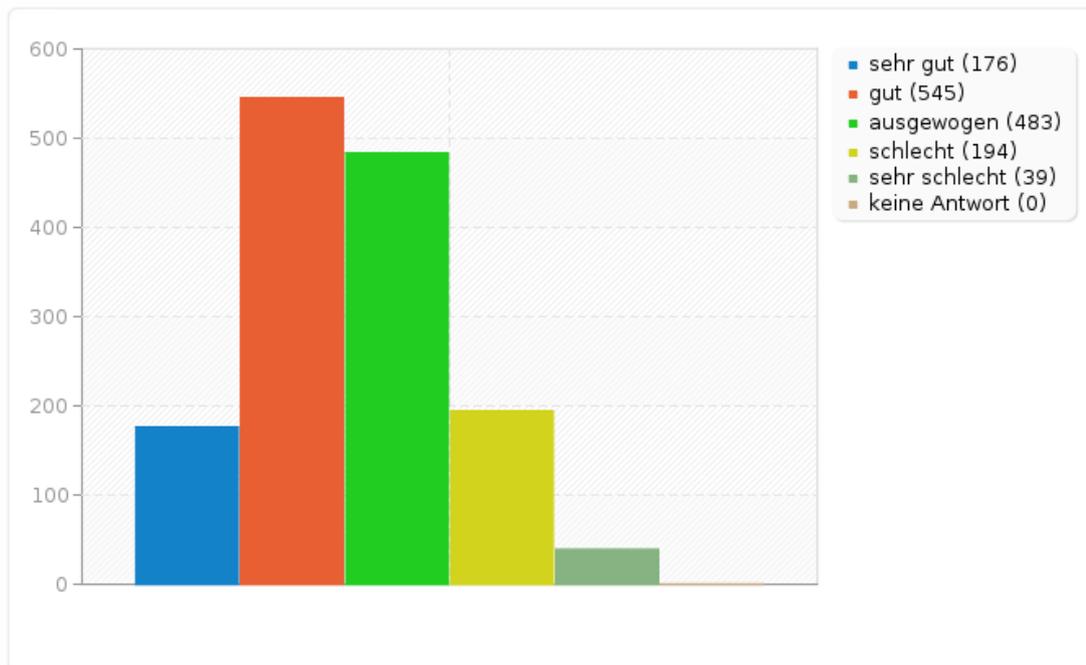
Feld-Zusammenfassung für K3

Wie beurteilen Sie die Kommunikation in Ihrem Team insgesamt?

Antwort	Anzahl	Prozent
sehr gut (A1)	176	12.25%
gut (A2)	545	37.93%
ausgewogen (A3)	483	33.61%
schlecht (A4)	194	13.50%
sehr schlecht (A5)	39	2.71%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für K3

Wie beurteilen Sie die Kommunikation in Ihrem Team insgesamt?



Feld-Zusammenfassung für K4

Anmerkungen zur Kommunikation im Team

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	227	15.80%
keine Antwort	1210	84.20%

ID	Antwort
43	Die assistenzärztee kommunizieren super
51	im Team sehr gut, zum Chefarzt sehr kritisch
79	Das Team wird alle drei Monate extern supervidiert, allerdings von einer Supervisorin, die nicht akzeptiert ist. Deshalb wird in diesen Supervisionen nichts angesprochen. Konflikte können nicht besprochen werden, da sie das Team spalten, da insbesondere das beteiligte Pflegepersonal nachtragend ist und spaltend agiert. Jahrealte Konflikte werden auf neue Kollegen übertragen und schwelen im Unausgesprochenen fort. Das zieht massiv Energie. Der Oberarzt bringt das nicht klar zur Sprache und insbesondere das Pflegepersonal stellt unangemessene Forderungen an Ärzte und Oberarzt ohne diese selbst erfüllen zu müssen.
97	Sehr homogenes und kommunikatives Team v.a. auf Assistentenebene, teilweise bei Oberärzten
120	Unter Assistenz Ärzten super. Tolles team. Gute intervision. Alle jung. Zu OA schwierig, wenig kompetent, wenig flexibel wenig offen für neues.
131	sehr unterschiedlich von Team zu Team. Mangelhaft bis gut
160	es wird sehr wenig kommuniziert, was die Zusammenarbeit erschwert.
171	Die Kommunikation spielt sich zwischen OÄ und Chef ab
200	Unter Assistenten gut. Ebenen darüber wollen nur hören dass es läuft.
214	Zu den Chefärzten besteht nicht immer enger Kontakt, da ich in einem großen Haus arbeite, wenn sie jedoch da sind, dann ist das Arbeiten und die Weiterbildung sehr gut
231	Tonfall oft unfreundlich und unangemessen, vorwurfsvoll.
238	Die Kommunikation zu verschiedenen Mitgliedern im Team ist sehr unterschiedlich. Vor allem die Kommunikation zu Chef und leitendem Oberarzt sind schwierig, und ist nicht immer von gegenseitigem Respekt geprägt. Zwischen den Assistenten/Fachärzten/vielen Oberärzten/Pflege ist die Kommunikation gut.
241	Als Assistent mit Ziel Allgemeinmedizin wird man vom Chef ignoriert
248	Durch die hohe Arbeitsbelastung ist ein effektives Lernen (lesen Fachbücher usw.) schwer bis gar nicht möglich.
250	immer freundliches und fachliches Niveau
254	Aktuell gibt es gerade niemanden, der ein Machtwort spricht, so dass sich alle Assistenten und Oberärzte an Neuerungen halten...
259	Vieles wird auf Chef- und Oberarztebene geklärt, als Assistent wird man allerdings nicht informiert (der Patient ebenfalls nicht), sodass am Ende die tatsächlich Betroffenen nicht Bescheid wissen.
277	Innerhalb von Assistenzärzten sehr gut, schlechter mit höher gestellten.
279	flache Hierarchie
280	Die Kommunikation auf Assistentenarztebene funktioniert zumeist unkompliziert und gut. Auf Ober- oder Chefarztebene, sowie mit dem Pflegepersonal, hängt es sehr von der einzelnen Person ab, mit der man kommunizieren möchte.
294	Wenig Zeit im Arbeitsalltag
300	Wir hören den ganzen Tag nichts voneinander
303	Unter den Assistenzärzten gute Kommunikation, aber in der großen Runde (also in den wöchentlichen Besprechungen) nur eingeschränkt konstruktive Kommunikation möglich.
310	Keine
312	Chefarzt ist herablassend und beleidigend, sein Wort ist Gesetz. Wir haben zu lächeln und uns nicht zu beschweren!
316	Kommunikation ist sehr einseitig
321	Aktuell mangelt es an Kommunikation in nahezu allen Bereichen - Personalplanung, Rotation, OP Planung, Weiterbildung...
331	Unter den Assistenten super- von oben herrscht Funkstille
338	Sehr persönliches und freundschaftliches Umfeld auch mit den Oberärzten
340	Kommunikation von Vorgesetzten erfolgt zumeist in Form von Geschrei und

	Schuldzuweisungen
342	Oberarzt gibt häufig (trotz Nachfragen) unklare Arbeitsanweisungen
345	Kommunikation Assistenzärzte untereinander gut, mit höheren Ebenen sehr schlecht.
355	Viele Dinge wie insbesondere Personalplanung, strukturelle Veränderungen, werden nicht offen kommuniziert und sind dann eines Tages überraschend geändert. Der persönliche Austausch ist freundlich.
374	Auf Assistenten- und Facharzzebene herrscht innerhalb der Inneren Medizin eine sehr hilfsbereite Art zu kommunizieren. Der Kontakt zwischen "uns" und den Oberärzten gestaltet sich variabel: Von "sehr freundlich und immer erreichbar" bis "man wird garantiert angeschrien".
378	Innerhalb der Kollegen gut zu den beiden Chefs schlecht!
383	Militärstil
396	Flache Hierarchie, sachlich
403	starke Hierarchien und starker Abgrenzung der einzelnen Berufsgruppen untereinander. Im ärztlichen Team starke Hierarchie "Ober hackt Unter", schlechte Atmosphäre mit hohem Druck und Versuchen, auf Assistenzärzte Zwang auszuüben ("wenn Sie nicht X Überstunden machen, sehe ich Ihre Weiterbildung in diesem Hause gefährdet, denn Sie bringen ja offenbar nicht die nötige Motivation und Arbeitseinstellung mit...", "Jeder ist ersetzbar - wenn es Ihnen hier nicht gefällt, können Sie ja jederzeit gehen" etc.)
451	eigentlich sehr gute Kommunikation außer mit Chefarzt. Der Mann kommuniziert einfach nicht.
452	Flache Hierarchien. Kommunikation "nach oben" problemlos möglich. Auf Kollegen in der gleichen Hierarchieebene kann man sich jedoch teils nicht verlassen, Übergaben teils katastrophal, sofern man eine Station effizient führen möchte
489	Es herrscht eine Atmosphäre von Druck, Stress und es gibt selten Zeit für eine richtige Unterhaltung. Zudem wird oft auf persönliche Art und Weise kritisiert und die Anderen diffamiert.
493	Häufiger Stationswechsel erschwert die Arbeit. Es gibt keinen eindeutigen Mentor für mich als Weiterzubildende. Im Weiterbildungsgespräch ist dem Weiterbildungsbefugten kaum etwas über meine Qualität der Arbeit bekannt.
496	Nettes Team samt OA und CA, problem ist die Arbeitsverdichtung und mangelnde Personaldecke, sodass keine strukturierte WB möglich ist. Hauptsache die Arbeit ist getan, das man dann im Grunde Ärzte z.B. in den ambulanten Bereich entlässt, die nicht einmal ausreichend sonographieren können... etc. etc.
	Von einem Kollegen hörte ich, dass der CA gesagt habe, die Stelle ist von der Geschäftsführung nicht vorgesehen. Wenn schon einer ausfällt müssen die OA und teilweise CA Stationsdienst machen...
500	Unter den Assistenzärzten findet eine offene und konstruktive Kommunikation statt
513	Unter Assistenten sehr gut, guter Team Zusammenhalt. Wenig Hierarchie Gefälle zu OÄ und CA. Aber Unzulänglichkeiten oder Probleme in der Organisation werden gerne wegdiskutiert oder es wird Viel zu langsam darauf reagiert.
516	Chef ist zu introvertiert
539	Sehr guter interdisziplinärer Kontakt, Oberärzte sind in der Regel gut ansprechbar. Chefarzt nimmt seine Stellung als Ausbilder nicht wahr.
541	Das Team besteht aus meinen beiden Stationarzt-Kollegen und einer PJ-lerin, ohne die erhebliche Überstunden anfallen würden. Jedoch ändert sich das Team regelmäßig und nicht immer sind PJ-ler anwesend.
555	vor allem gegenüber den Oberärzten flache Hierarchie, gute Unterstützung, als Allgemeinmed. wiederum niemand, der langfristig Wissenstand einschätzen kann
576	Über Assistenten ganz gut. Zwischen Assistenten und Höheren weniger.
582	Durch viele Teilzeit-Stellen bzw unklare Arbeitsstrukturen wird viel kommuniziert, aber oft doppelt, was Zeit in Anspruch nimmt.
584	Machtkämpfe zwischen den OÄ und eine starke Rangordnung erschweren ausgiebige Kommunikation
589	Viel mehr entsprechende Seminare und Veranstaltungen notwendig!
598	Obwohl ein kleines Team besteht, funktioniert die Teamkommunikation nicht gut. Gruppenbildungen. Hohe Personalfuktuation. Probleme / Missstände können oft nicht richtig / offen angesprochen werden.
599	Es gibt einige eingefahrene Probleme, die einer offeneren Kommunikation im Weg stehen
618	Schlechter Kontakt von Pflege und Ärzten auf Station und insgesamt in der inneren Abteilung zwischen allen beteiligten
630	Probleme kann man nicht immer offen ansprechen
633	viele Redundanzen, Dinge werden oft mehrmals besprochen

640	UNter den Assistenzärzten gut
641	Ich arbeite in einer Praxis, die absolut kollegial geleitet wird und in dem jeder - von Erstjahresazubi bis "Seniorchef" - regelmäßig gehört wird und etwas beitragen darf. Fehler werden gesammelt und - ohne Anschuldigung - gemeinsam besprochen. Es gibt tatsächlich eine Fehlerkultur. Auch z.B. kleinere organisatorische Mängel können so unkompliziert geändert werden. Auch nur unter den Ärzten finden regelmäßig Fallbesprechungen statt und nicht erst, wenn etwas total kompliziert ist. Es wird - im Gegensatz zum Krankenhaus - fast zu viel kommuniziert! Das nimmt jeden in die Verantwortung, dementsprechend groß ist der Wille jeder einzelnen Mitarbeiterin, sich einzubringen!
655	Unter den Assistenten gute Kommunikation. Mit den Oberärzten teilweise kaum Kommunikation. Mit den Chefs keine Kommunikation.
673	Relativ große Abteilung, dadurch erschwerte Kommunikation. Assistentensprecher vorhanden.
689	Auf Grund phasenweiser starker Unterbesetzung auf Grund von Urlaub/Krankheit/Palliativdienst ausser Haus/Schwangerschaft/Freizeitenausgleich nachDienst (bis 7 von insgesamt 13 Kollegen der Abteilung abwesend) sind die verbliebenen 2 Fachärzte so stark durch Diagnostik/Intervention eingebunden, dass eine Visitenachbesprechung faktisch nur an maximal 2 Tagen der Woche stattfinden kann.
691	Feedback nur auf Nachfrage, keine Team Besprechungen
692	Das Team auf meiner Station (Chefärztin, Oberärztin, Kollegen) ist gut. Wir helfen und unterstützen uns gegenseitig und können uns blind auf den anderen verlassen. Der Kontakt und die Zusammenarbeit zu den anderen Abteilungen (insbesondere Kardio/Nephro) ist hingegen ziemlich schlecht. Hier ist jeder auf seinen Vorteil bedacht und niemand denkt über seinen Tellerrand hinaus.
695	Die Problematik ist das ich eine geteilte Ausbildung habe, die Orthopädie gibt alles um uns voran zu bringen. In der Unfallchirurgie sind Assistenzärzte lästig, fragen werden abgewunken mit dem Verweis sich selbst fortzubilden! Es ist dort ein reines Trial and Error System, nichts wird erklärt außer von anderen Assistenzärzten und entweder war es zumindest in Ordnung und es wird nicht gemeckert, oder die Hölle auf Erden kommt und es wird gezankt und gestänkert.
696	Oberarzt kann nur brüllen
699	Sehr individuell, und von jeweiligen Kollg*innen abhängig
704	Kein homogenes Team, viele Einzelkämpfer
709	Chef ganz alter Schule; überharte Konfrontation selbst bei nichtigen Anlässen (Urlaubsanträge, Frage nach Fortbildungen,...), allerdings gegen alle auch (leitende) Oberärzte; unter den Assistenten solidarisch und freundschaftlich, Oberärzte zum Teil selbst betroffen, zum Teil aber selbst pathologisch kommunizierend
710	Fehlermanagement könnte grundsätzlich verbessert werden. Flachere Hierarchien sind von Vorteil!
712	Nach weniger als 4 Monaten Arbeitszeit ist das noch nicht so gut einzuschätzen.
728	alle reden über andere, aber nicht mit den anderen ganz schlechte Kommunikationskultur, hat mich zur Kündigung bewogen auch als ich feedback eignefordert habe, kam nichts, nur Lobhudelei des Einen bzw. "das müssen wir mal einführen" der anderen
747	Eine Kommunikation mit Ober-/Chefärzten ist kaum möglich, fehlende Ansprechpartner. Wenn Fehler / Probleme angesprochen werden, wird lange diskutiert, aber geändert wird am Ende nichts, das frustriert eher. Die Kommunikation mit Pflegekräften ist unkompliziert und gut.
760	Oberarzt/Chefarzt täglich ca. 10-20 min im persönlichen Kontakt/Teambesprechung - das finde ich zu wenig, jederzeit telefonisch erreichbar; viele Fragestellungen werden von den Assistenzärzten untereinander auf Station diskutiert regelmäßige Oberarztvisite 1x wöchentlich, aber "Blitzvisite", viele relevante Befunde können dabei gar nicht diskutiert werden, nur die dringlichsten durch zeitweise unterbesetztes Pflegepersonal müssen die ärztlichen Kollegen manchmal allein zur Visite gehen - dadurch dtl. Informationsverlust und viele Nachfragen durch Pflegepersonal manchmal Probleme beim Lesen von Handschriften (alle Anordnungen, Verlaufsdokumentation)
787	Sehr eingefahrene Abläufe und Meinungen, Änderungen und Neuerungen kaum möglich
842	Gute Kommunikation unter den Assistenten, ausreichend gegenüber den Oberärzten und wechselnd gegenüber dem Chefarzt.
849	Hierarchiegefälle
888	jeder guckt leider zu sehr auf sich, ein Team ist schwer zu identifizieren. Oftmals wird übereinander statt miteinander gesprochen

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

889	Kleines Team mit eigentlich netten Miteinander, solange alle am selben Strang ziehen und vor allem alle da sind.
896	Wir pflegen einen offenen, ehrliche, respektvollen Umgang in dem sachliche Kritik und Verbesserungsvorschläge, aber auch Lob von allen zu allen Hierarchieebenen möglich ist.
899	viele Ausländer, die Deutsch nicht voll beherrschen
903	Alle sind nur erschöpft und genervt
917	Unter Assistenten gut
937	Privates und Freundschaftliches wird oft mit beruflichem vermischt, offene Kommunikation ist nur bedingt möglich und oft subjektiv gefärbt
946	Distanz zwischen Assistenten und Oberärzten sehr groß und antiquiert. Unter Assistenten ist die Unterstützung gegenseitig zu gering. Jeder will nur sein bestes, da alle überlastet sind
965	Innerhalb der Assistenz- und Fachärzte herrscht eine gute Kommunikation. Nebenüber den Oberärzten ist diese jedoch erschwert. Bei Rückfragen muss man sich oft rechtfertigen.
977	Familiäre Praxis. Kurze Wege. Offene konstruktive Kommunikation
994	Kommunikation im Team ist von Rotation zu Rotation unterschiedlichen und vor allem vom verantwortlich Oberarzt wie auch den Kollegen abhängig. In einigen Teams sind regelmäßig Besprechungen (tägliche stationsbesprechung, wöchentliche Teambesprechung inkl. Interner Fortbildung fester Bestandteil, in anderen wiederum nicht und man muss
996	Sehr kollegialer Umgang
1031	Regelmäßige Teamsitzungen, v.a. zur Patientenbesprechung
1033	Assistent intern durch neue Medien rasche Kommunikation möglich
1053	gut zwischen assistenzärzten und mit Pflege, schlecht zwischen Oberärzten und Assistenten
1058	bezüglich Patientenmanagement eigentlich gut, leider wird hinter dem Rücken viel geredet
1070	Offene Kommunikation, jeder kann alles aussprechen.
1080	Gute Kommunikation zwischen Assistenz- und Oberärzten Fast keine Kommunikation mit dem Chefarzt
1091	Gutbesetzte auf Chef
1099	unter Assistenten und Fachärzten gut, Oberärzte und v.a. Chefarzt sehr weit weg vom Geschehen, sucht kaum den Kontakt zu Assistenten im Alltag, wenig präsent
1106	Es wird offen gesprochen, der Chef setzt Probleme in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung so gut wie nicht um.
1112	Ein außergewöhnliches Team aus 25 Freunden ohne Außenseiter ich
1122	Keine Information vom Chef über Änderungen.
1131	Die Führungsruege ist bemüht, steht aber selbst unter Druck.
1135	Unter Assistentenärzten ok. Mit Fachärzten meistens gut. Höher schwieriger.
1144	Emotionsgesteuerte Diskussionen, privat und Arbeit wird vermischt. Keine strukturierten Besprechungen oder Fortbildungen Keine weiterbildungsgespräche
1145	gut unter den Assistenzärzten
1151	Alle sind sehr nett, aber überall gehen Informationen verloren und Feedback gibt es nur hinter dem Rücken
1156	Innerhalb der Assistenten und Oberärzte sehr gute Kommunikation. Zwischen Chefarzt und restlichen Abteilung mangelhafte bis schlechte Kommunikation.
1163	Anerkennung gibt es keine, stattdessen werden junge Ärzte und Ärztinnen konstant überfordert, schlecht bzw gar nicht eingearbeitet und anschließend als inkompetent dargestellt.
1168	Wenig Rsum vorhanden zum Austausch mit dem Pflegepersonal. Keine gemeinsamen Visiten. Kein Razm für Gespräche bei aufkommenden Konflikten.
1215	Chaos und Hektik erschweren dtl die Kommunikation
1236	Es wechselt fast täglich die Besetzung der einzelnen Bereiche V.a. auf OA seite.
1259	sehr selten direkte Ansprache, oft nur "hinten rum"
1262	Zwischen den Assistenten/Fachärzten gut, mit den Oberärzten zum Teil schwierige Kommunikation. Chefarzt vermeidet Kommunikation von relevanten Informationen (z.B. Personalwechsel).
1270	Wegen konstruktive Gespräche zur eigenen Person. Es wird viel auf andere geschoben.
1285	Auch wenn man mit einigen Vorgesetzten per Du ist, heißt das nicht immer zwangsläufig dass man mit diesen auch Probleme offen besprechen kann, insb. wenn man sich als Assistent allein gelassen fühlt, mehr Unterstützung im Dienst benötigt oder gar gewisse fallbezogene Abläufe und oberärztliche Entscheidungen hinterfragt. Schwer fällt es auch Diskussionen zur personellen Besetzung und Organisation anzuregen. Zwar werden personelle Probleme wahrgenommen, aber häufig werden gute Anregungen des ärztlichen

und pflegerischen Personals zur Bewältigung dieser insb. von der Geschäftsführung abgetan. Hier kann man nur hoffen dass der Abteilungschef für die Interessen der Assistenten einsteht und selbst dann werden arbeitszeitliche Probleme die auch zu Lasten der eigentlichen Ausbildungszeit gehen nicht im Kern bearbeitet sondern Kosmetik betrieben. Z.B. werden nicht zwei neue Arzthelfer eingestellt die Zuarbeiten erledigen, sodass man auch mal am Tag in der Funktion vorbeivorbeischauen kann, sondern ein halber Arzt mehr der zwar Vertretungsarbeit leistet und Dienste übernimmt und sowieso bbenötigt wird aber keinerlei alltägliche Entlastung schafft. Die tägliche Arbeitsweise ändert sich damit nicht und verkommt überspitzt gesagt zur reinen Patientenverwaltung.

- 1309 Man hat fast immer ein offenes Ohr für einen
- 1319 Wir Assistenzärzte erfahren grundsätzlich Neuerungen meist erst sehr spät/zuletzt. Wir werden auch nicht in die Planung von veränderten Personalstrukturen (neue Spätdienste) mit einbezogen, sondern vor vollendete Tatsachen gestellt. Schade. Innerhalb des Assitenzarzt-Teams gibt es dazu meist gute und umsetzbare Ideen.
- 1325 Viel ist sinnlose doppelte und dreifache Kommunikation weil die oberärzte der verschiedenen unterabteilungen sich nicht zuständig fühlen und an einen anderen verweisen.
- 1367 Wird alles schön geredet.
- 1372 Unter den Assistenzärzten/innen ist die Stimmung sehr gut und auch die Kommunikation sehr gut
- 1373 Grundsätzlich haben alle Assistenten die gleiche Meinung bezüglich der mangelnden Ausbildung und mangelhaften Arbeitsbedingungen. Allerdings werden diese nicht offiziell angesprochen, da ein hoch patriarchalisches System herrscht. Selbst an einem eigens hierfür einberufenen Gespräch zwischen Assistenzärzten und Oberärzten sowie dem Chef, handelte es sich schließlich nur um einen Monolog des Chefs, dass unsere Wünsche nicht umsetzbar seien, der Mangel an Wissen an unserer mangelnden Motivation liege und Sonographieren nur durch eine eigene "Bringschuld" erlernt werden könne, spricht durch Arbeiten in der Freizeit (Ausstempeln wird explizit verlangt). Die Kommunikation mi der Pflege ist Personen-abhängig, Übergaben ebenfalls, sind jedoch meist innerhalb der regulären Arbeitszeit nicht möglich, hierfür müssen Überstunden geleistet werden.
- 1382 Meine Oberärztin ist nur einmal pro Woche zu Visite ansprechbar. Außerhalb der Visite empfindet sie fragen oder gar Gesprächswünsche von Patienten als belastend und lässt mich dies auch spüren, bzw. steht in entscheidenden Fragen nicht für eine Entscheidung zur Verfügung. Treffe ich dann von mir aus eine Entscheidung, weil es dem Patienten schlecht geht und um die Therapie voran zu bringen, hält sie dies für eine kompetenzüberschreitung
- 1390 Starke spaltung innerhsalb der pflege, abläufe werden zeitweise aus personalmangel,zeitweise aus passiver aggression nicht wie besprochen durchgeführt, ärztlicherseits trotz dünner personsdecke sehr kollegial
- 1418 Die Kommunikation kann man nicht Pauschalisieren, denn es hängt vom Thema, der Personen und Situation ab. Eine schlechte Kommunikation herrscht z.B. bei der Informationsweitergabe bezüglich geplanter Rotationen (wann, wer, wohin). Auch wenn man Probleme beim Chef anspricht werden diese oft ignoriert oder klein geredet. Für Rückfragen bei der Stationsarbeit steht allerdings fast immer der zuständige OA zur Verdügung. Kritik (Lob eher seltener) wird personalabhängig sehr unterschiedlich ausgesprochen. Besprechungen und Übergaben sind gut organisiert.
- 1435 Häufig inkompetentes und arbeitsunwilliges Pflegepersonal
- 1441 Kommunikation mit Oberärzten gut, jedoch mit den meisten älteren Assistenten sehr schlecht, da insgesamt eine angespannte Stimmung herrscht.
- 1447 Auf Ebene der Assistenten, Fachärzte, zu manchen Oberärzten sehr gut und einfach möglich. Anmerkungen zur Chefarztetage immer möglich, ordt stets ein offenes Ohr. Jedoch leider häufig ohne Konsequenz. Probleme werden aufgenommen und mit "da müssen wir was tun" quittiert. Es folgt meist nichts. Einige wichtige Neuerungen/Änderungen werden zwar in der Morgenbsprechung verkündet, jedoch anschließend nicht per eMail an alle weitergeleitet. Das ist für die Kollegen, die zum Dienst/Spätdienst kommen, oder frei haben schlecht, da diese die Informationen nur durch Zufall, spät oder gar nicht erhalten.
- 1448 Tägliche Besprechungen zur Informationsweitergabe
- 1449 Durch die extrem angespannte Personalsituation, kombiniert mit einem absolut unfähigen Chefarzt, Probleme zu erkennen und konsequent anzugehen, ist die Gesamtsituation extrem angespannt. Mehrmals in der Woche kommt es zu verbalen Auseinandersetzungen im Team. Sachliche, emotionslose Diskussionen sind die absolute Ausnahme. Fast keiner ist mehr bereit, dem anderen zu helfen oder Betrachtungsweisen eines anderen zu durchdenken. Viele Kollegen haben schon gekündigt oder sind kurz davor. Die Führungsfigur merkt davon nichts oder will es einfach nicht. Diskussionen in diese Richtung werden sofort seitens des Chefarztes unterbunden.
- 1463 Zwischen Assistenten gut- nach oben insgesamt schlechter

1486	Sehr unterschiedlich
1518	offen und ehrliche Kommunikation zu Vorgesetzten nur mit wenigen Oberärzten auf vertrauensvoller Basis möglich. Kein Zusammenhalt im Team der Assistenzärzte um Änderungen durchzubringen gegen die Anweisung/Vorstellung des Chefs.
1526	Grundsätzlich flache Hierarchie und jeder darf alles ansprechen... dennoch wird meiner Meinung nach oft lieber „hinten herum“ geredet als Themen offen anzugehen. Außerdem empfinde ich oft, dass Oberärzte kein Verständnis für unsere Standpunkte haben bzw haben wollen, beispielsweise bezüglich Dienstbelastung oder Vereinbarkeit von Dienstplan und Privatleben. Dann hört man auch ein „Früher...“ oder „Stellen Sie sich nicht so an...“.
1547	Einmal am Tag mindestens. Fehler/Fragen werden untereinander geklärt.
1556	Kommunikation mit Pflege sehr gut, unter Assistenten auch gut, mit Oberärzten sehr unterschiedlich zwischen gut und schlecht.
1567	Es gibt eine Frühbesprechung, an der aber nicht alle aus der Abteilung immer teilnehmen können. Es wäre gut, wenn nicht nur ab und zu, sondern immer wichtige Dinge ihren Weg über den E-Mail-Verteiler finden würden.
1575	Innerhalb der Assistentenschaft gut, auch mit den "normlen Oberärzten gut, mit den Chefs und leitenden Oberärzten schlecht
1582	Gut unter den Assistenten, häufige Wechsel durch Schichtsystem erschweren die Kommunikation durch fehlende Kontinuität der Patientenversorgung.
1591	Sehr kollegialer, respektvoller Umgangston, auch von den Ober-/Chefärzten. Auch Kritik ist meist konstruktiv angelegt. Meiste Fehler durch häufigen Wechsel der Assistenzärzte auf Station oder Unerfahrenheit mit bestimmten Medikamenten etc.
1592	Kein Teamgeist, jeder ist Einzelkämpfer. Schlechte Personaldecke.
1600	fehlende Fehlerkultur (Fehler sind Katastrophen, werden nicht ausdiskutiert, eher totgeschwiegen, keine Etablierung von Fehlervermeidungsstrategien), Indikationsstellungen zwischen Ober- und Chefarzt ohne Einbeziehung der Assistenten> kein Lerneffekt, gewisse Mitarbeiter werden regelmäßig vor allen anderen bloßgestellt und "ausgequetscht" > destruktive Kritik
1622	Mit manchen Kollegen klappt es besser mit anderen eher weniger
1642	Aktuell sehr konfliktgeladen auf Ebene Oberärzte und Chefarzt
1651	Insgesamt offebart aktives Nachfragen häufig Unklarheiten-> gerade gegenüber Berufsanfängern muss bewusst noch mehr kommuniziert werden. Zudem sollte im Team festgesetzt min. 1x tgl. eine Pat. besprechung stattfinden und Übergaben z.B. nach vertretender Betreuung ernster genommen werden.
1681	Kommunikation zu Oberärzte und Assistenzärzten + Fachärzten problemlos
1699	Desinteresse der Vorgesetzten
1766	Es ist ziemlich chaotisch bei uns...
1771	sprachliche Barrieren und ungenügend gemeinsame Termine sind Hauptgründe für zu wenig Kommunikation. Als Assistenzarzt ist es einem oft nicht möglich sich "frei" zu bewegen und Kollegen aufzusuchen.D as meiste passiert am Telefon oder zwischen Tür und Angel...
1785	insbesondere Personalfragen (weder Assistenz- noch Oberarzt-Ebene) werden nicht kommuniziert und das trotz ständiger Unterbesetzung. Verbesserungsvorschläge zur Effizienzsteigerung von Prozessen / Abläufen z.B. durch Digitalisierung werden abgeblockt.
1804	Super Team, flache Hierarchien. Bin noch nie deswegen mit Angst zur Arbeit gegangen .
1812	Unter den Assistenten ist die Kommunikation gut, zwischen den Hierarchien schlecht.
1815	Gutes Arbeitsklima zwischen Assistenzärzten und Oberärzten. Praktische keine Kommunikation zum Chef. Strategische und operative Prozesse werden von diesem auf die unteren Ebenen abgewälzt. Kein Top-down-Ansatz.
1852	Unter den Assistenten sehr gut, mit den Oberärzten Gut, zum Chef sehr schlecht
1855	Bisher gab es noch kein ausführliches Gespräch zum Ende des 1. Jahres.
1869	je nach Station und Zusammensetzung des Teams meist gute Kommunikation unter den Assistenten, mit den meisten Oberärzten gute fachlicht Kommunikatin möglich
1886	insgesamt gutes Klima, aber keine speziellen , regelmäßigen Teammeetings, um Probleme in geeignetem Rahmen anzusprechen und zu bearbeiten (bzw. im Alltag nicht immer Zeit dazu)
1888	Tägliche Feedbackrunden
1910	Das ist von Assistent zu Assistent verschieden. Die Kommunikation ist maßgeblich vom Engagement des Einzelnen abhängig.
1921	Hoher sozialer Druck ist vorhanden. Kleingruppenbildung.
1951	Mit Team ist in o.g. Fall das interdisziplinäre Behandlungsteam gemeint.
1957	Oberärzte sehr oft in den Funktionsabteilungen, erfahrene Assistenzen oft in den Funktionsabteilungen
2012	Bei Besprechungen macht kaum einer den Mund auf, wenn es um Kritik oder Änderungen geht, da man das im Zweifel die nächsten Tage ausbaden darf. Es wird viel hintenrum

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

	besprochen.
2015	Unter Assistenten und Fachärzten gut
2022	Die Kommunikation ist zwischen Entscheidenden Schaltstellen oft nicht möglich; wir Assistenzärzte werden dann vorgeschickt, was leider oft für den Patienten nicht gut ist.
2047	Nur möglich bei Abwesenheit des Chefs
2075	Kommunikation zwischen assistenzÄrztInnen gut, zwischen OA mässig, OA min für AssistentIn ansprechbar
2081	Leider mangelt es manchmal an der Kommunikation zwischen Pflege und Ärzten
2112	Es kann nicht immer alles gut gehen :-)
2125	Wir können offen miteinander sprechen! Verbesserungen werden angenommen aber nicht immer umgesetzt
2142	freundschaftlicher Umgang. Oberärzte und Pflegepersonal sind bis auf Aufnahmen "per Du". Regelmäßige Arzt-Pflege-Treffen (1x/Monat). Regelmäßige Assistenten-Chef-Treffen (1x/Woche). In denen systemische Probleme besprochen werden.
2149	Kommunikation mit OÄ zeitbedingt nur wenig möglich
2150	hat sich verschlechtert aufgrund hoher Mitarbeiterfluktuation und zunehmender Sprachbarrieren sowie kulturellen Gegebenheiten (zb muslimische Männer vs. deutsche Frauen)
2154	Im Sinne der Aufrechterhaltung vordergründig guter Stimmung werden relevante Themen teilweise nicht ehrlich genug besprochen, entsprechend besteht eingeschränkte Kritikfähigkeit. Allerdings hält sich des insgesamt in einem Rahmen, der noch gute Zusammenarbeit ermöglicht.
2172	Flache Hierarchien
2180	Argumente seitens der Assistenzärzte werden zwar gehört aber nicht sinnvoll umgesetzt. Wie z.b. alte Organisationsabläufe werden beibehalten
2198	Unter den Assistenzärzten werden Probleme gut thematisiert, eine Weitertragung zu den Oberärzten/Chefärzten erfolgt eher bei hohem Leidensdruck
2203	- Kommunikation im Team gut, respektvoll und freundlich, interdisziplinär eher schwierig - keine feste Dienstübergabe
2222	Es finden täglich Oberarztbesprechungen statt.
2245	Unter Assistenzärzten gut, jedoch in den oberen Ebenen leider nicht/wenig Kommunikation vorhanden
2264	Da es keine Frühbsprechungen gibt und einige Assistenzärzte in Praxen tätig sind, jedoch auch Dienste ableisten, ist kein Raum für einen gemeinsamen Informationsaustausch unter Kollegen gegeben. Neu hinzukommende Pflichten und Aufgaben werden meist ohne Abspache von der Geschäftsführung + Pflegedienstleitung + Chefs festgelegt. Häufig fehlt die Einweisung.
2284	Es mangelt an Koordination, manche Probleme müssen über WhatsApp kurzfristig geklärt werden. Oft ist unklar, wer für Entscheidungen zuständig ist
2308	Es wird viel mit „Angst vorm Chef“ gearbeitet. Fehler werden eher selten kommuniziert, strategien zur Fehlervermeidung gibt es nicht. Fehler werden sich eher gegenseitig zugeschoben oder versucht so auszubügeln, dass sie nicht auffallen. Zwischen Öflege knd Ärzten herrschen viele Spannungen.
2316	Mit manchen Vorgesetzten lassen sich Probleme besser besprechen als mit anderen.
2317	Uniklinik = starke Hierarchie ---> Ober sticht Unter
2318	Meist offene und gute Kommunikation auch auf urzem Dienstweg möglich. Aktuelle Informationen werden zur morgen Konferenz bekannt gegeben. Leider jedoch danach nicht immer per Mail, so dass Kollegen im frei dann davon nicht, durch Zufall, oder erst deutlich später informiert werden
2352	Klinik hat mehrere Standorte, ich bin an 2 davon tätig. In fast allen abgefragten Items zur Arbeitskultur existieren zwischen diesen sehr grosse Qualitätsunterschiede. Bewertet wurde hier der gute Standort.
2345	Gute Kommunikation in der eigenen Hierarchieebene
2346	Insbesondere schwierig zwischen Pflege und Arzt
2348	Assistenzärzte werden gegeneinander ausgespielt. Es findet keine offene Kommunikation statt.
2351	gute tagen und schlechte tagen. Launen abhängig. Keine weiterbildungs konzept
2356	Sehr nettes Team mit (meist) offener Kommunikation, die oft nur aufGrund des Zeitmangels und der Strukturellen Probleme im Haus leidet.
2364	Hinter dem Rücken. Fehlen grundsätzliche Kommunikationskompetenzen. Muss geschult werden.
2381	Könnte deutlich besser sein. Wir Assistenzärztinnen kommunizieren viel. Es fehlt vorallem die Kommunikation mit den Oberärzten.
2382	Als Assistenzarzt wird man von unserer Oberärztin einfach konsequent angeschrien, wenn

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

2396	Fehler passieren, egal ob man daran schuld ist oder nicht. Die mangelnden personellen Ressourcen für bei manchen Kollegen dazu, dass man Sie ignoriert, denn Ansprachen zu Verhalten und kollegialem Umgang quittieren diese mit Krankenschein....
2401	Es gibt Teambesprechungen und Supervision im Team
2422	Assistenten und Oberärzte gut, vor dem Chef haben viele Angst, d.h. Sehr eingeschränkte Kommunikation
2437	Es gibt zu wenig Gespräche, keine /sehr sehr selten Fallbeschreibungen, bzw Fälle werden kurz in der tgl Röntgenbesprechung angesprochen, aber nicht diskutiert. keine internen Fortbildungen keine Fehlerdiskussionen
2446	Sehr flache Hierarchie. Man kann immer die erfahrenen/ Oberärzte Fragen
2451	Zu wenig Zusammenhalt der Assistenten das ständig wechselnde Zusammenstellung, schlechte Kommunikation mit Oberärzten da auch diese häufig wechseln/ausfallen. Noch schlechtere Kommunikation mit Chefärztin, da wenig Solidarität,häufig Entscheidungen über den Rest der Abteilung hinweg
2452	Familiäres Klima, unkomplizierte Rücksprachen
2455	Sehr persönlichkeitspezifisch
2471	keine
2473	Gute Kommunikation vor allem mit anderen Ass.ärzten des Teams.
2474	Da ich ihn einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis mit mehreren Standorten arbeite ist sowohl die Qualität der Teamkommunikation als auch die Qualität der Weiterbildung stark standortabhängig.
2476	Gutes Verhältnis zu Oberärzten, flache Hierarchie
2507	Die Kommunikation unter Assistenzärzt*innen funktioniert sehr gut und auf kurzem Weg, auch mit dem/der Oberärzt*in. Die Kommunikation in der Führungsebene (Chefarzt, Oberärzt*in) dagegen ist oft mangelhaft
2512	2 Fraktionen
2517	Auf Assistenzarztebene zwar gute Kommunikation, mit Ober- und Chefärzten jedoch leider nicht der Fall
2518	sehr flache Hierarchie, Ideen können eingebracht werden, Oberärzte sind immer bei Problemen ansprechbar
2521	Gegenüber den leitenden Oberärzten und erfahrenen Kollegen von Angst und Scham geprägt. Insbesondere wenn es darum geht, dass gewisse Notfallsituationen als sehr belastend empfunden werden.
2532	Unter den Assistenzärzten und mit einzelnen Oberärzten gut, mit anderen und dem Chefarzt eher schlecht, mit Pflege/ Therapeuten kaum Möglichkeiten dazu
2553	Im kirchlichen Haus ist die Kommunikation gut. An der Uni würde ich sie als schlecht einschätzen.
2587	Personalfragen werden häufig spät mitgeteilt. Angefragten Zusatzzahlungen beim Vorstand werden "ausgesessen", wie es den Eindruck macht. Innerhalb des Ärzteteams variiert es erheblich. Man muss sich seinen "Stand" erst erarbeiten.
2618	In der Anästhesie ist man häufig Einzelkämpfer
2627	Kommunikation von unten nach oben funktioniert gut, andersherum teilweise sehr schlecht
2644	Niedrige Hierarchie, Freundlicher und sehr kollegialer Umgang
2646	- personenabhängig aber in aktueller Rotation sehr angenehmer direkter Umgang mit den OÄ - sehr gute Kommunikation/Zusammenhalt inkl. privater Treffen im Assistententeam - sehr gute Kommunikation mit Pflege in aktueller Rotation
2659	Regelmäßige kurze "Kafferrunde" bis 3 x tgl. 15 min zu festen Zeiten bei Bedarf (z.B. bei knackigen Fällen, verstorbenen Patienten, o.ä.). Sehr gut, kann bei Bedarf genutzt werden, dann kommt immer einer der Oberärzte mit. Die anderen ÄiWs kommen dann auch mit und lernen dazu.
2691	Sehr unterschiedlich. Unter den Assistenten sehr gut. Bei diversen Oberärzten problematisch.
2692	Unter den Assistenten uneinheitlich (durch „Interessenkonflikte“). Zwischen Oberärzten und Assistenten themenabhängig. Zwischen Oberärzten, Assistenten und der Chefetage mangelhaft-> Probleme werden ignoriert
2696	Es werden nur Einzelgespräche geduldet. Hier werden je nach Mitarbeiter unterschiedliche Dinge behauptet.
2706	Unter den Assistenten ok, aber nicht gut. Sehr hierarchisch.
2710	In der Notaufnahme aktuell gutes Team, vorher in der Gynäkologie sehr uninteressierter Chef, der unfair einteilt und Probleme konsequent ignoriert.

- 2724 Sehr von den entsprechenden Kollegen abhängig.
Ich habe mich bisher nicht getraut, nach Feedback zu fragen,
ich habe das Gefühl, dass das irgendwie unpassend wäre.
- 2781 Manchmal werden essenzielle Informationen (z.B. von Untersuchungen, Ereignisses, ...) an
die Pflegekräfte weitergegeben. Diese richten sie verspätet/unvollständig/ungenau/falsch/gar
nicht an die betreuenden Ärzte weiter.
- 2783 Stark abhängig vom jeweiligen Teammitglied, von gut bis sehr schlecht

Feld-Zusammenfassung für K5

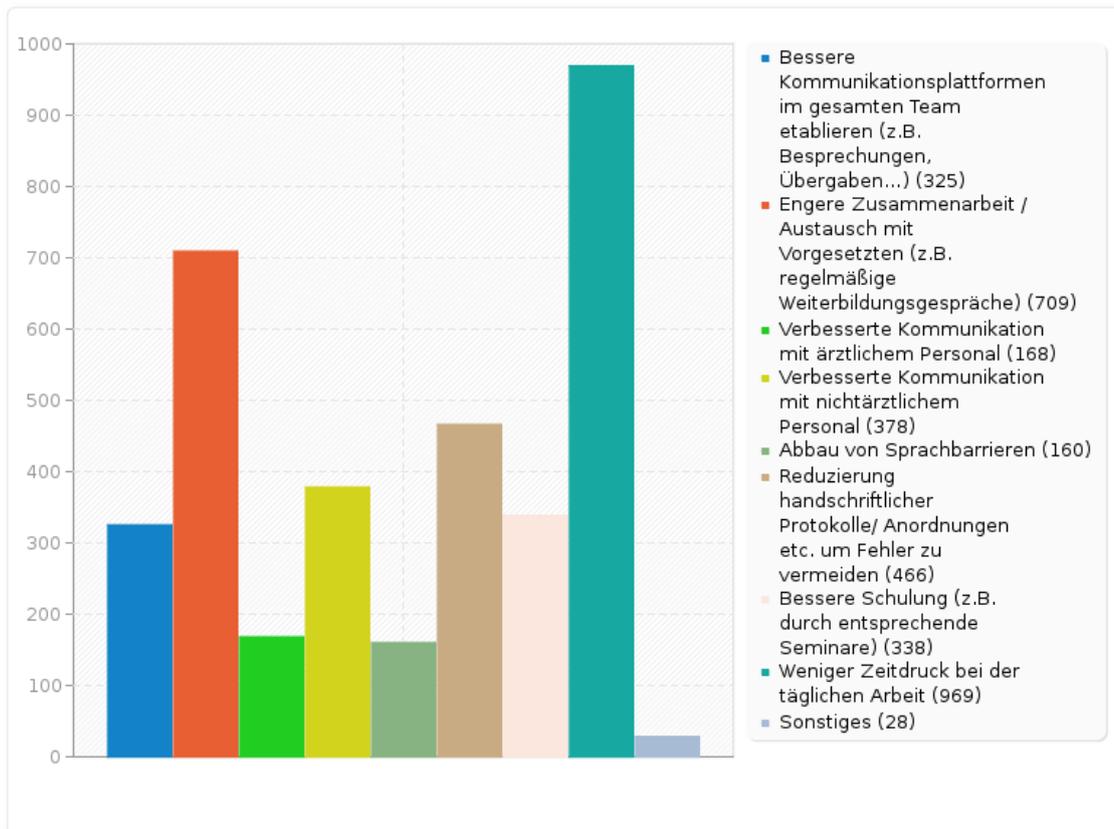
Welche Punkte müssten sich im Bezug auf Kommunikation für Sie am dringendsten verbessern?

Antwort	Anzahl	Prozent
Bessere Kommunikationsplattformen im gesamten Team etablieren (z.B. Besprechungen, Übergaben...) (SQ001)	325	22.62%
Engere Zusammenarbeit / Austausch mit Vorgesetzten (z.B. regelmäßige Weiterbildungsgespräche) (SQ002)	709	49.34%
Verbesserte Kommunikation mit ärztlichem Personal (SQ003)	168	11.69%
Verbesserte Kommunikation mit nichtärztlichem Personal (SQ004)	378	26.30%
Abbau von Sprachbarrieren (SQ005)	160	11.13%
Reduzierung handschriftlicher Protokolle/ Anordnungen etc. um Fehler zu vermeiden (SQ006)	466	32.43%
Bessere Schulung (z.B. durch entsprechende Seminare) (SQ007)	338	23.52%
Weniger Zeitdruck bei der täglichen Arbeit (SQ008)	969	67.43%
Sonstiges	28	1.95%

ID	Antwort
151	problematisch ist eigentlich nur die Kommunikation mit extern
180	Nichts
248	weniger Überstunden, mehr Personal, weniger Dokumentation bzw. effizientere, mehr Zeit für Einarbeitung, Ausgleich der Überstunden, es sollte eine Regelung geben, dass Überstunden die im Jahresdurchschnitt über 48h/Woche liegen nicht ausgezahlt werden , sondern der Arbeitnehmer dafür freigestellt wird
354	Keine Probleme
451	Chefarztwechsel
540	Keine
601	Verbesserte Kommunikation mit anderen Abteilungen erforderlich
617	effizientere Übergaben/Besprechungen
641	nichts
659	respektvoller Umgang, kein Mobbing
709	Anger Mangement
1087	Nichts
1112	Abschaffung der übertriebenen Digitalisierung! Dadurch gehen vielfach Infos unter, da das System sie nicht mit rotem Edding an die Tafel schreibt. Jeder Arzt/Pfleger auf ITS hat einen Shadownsheet in der Tasche und dadurch werden vielfach Infos nicht weitergegeben.
1240	Freundlicher Umgang seitens chef/OA
1243	Weiterbildungsgespräche finden oft nur auf dem Papier statt
1259	Wertschätzender Umgang, Bereitschaft Fehler zu reflektieren ohne Anschuldigungen, Feedback geben und erhalten
1449	Der Chefarzt muss weg und alle Probleme in Bezug auf die Kommunikation sind gelöst.
1501	Kommunikation mit dem Chef
1582	Eigentlich wäre alles anzukreuzen
1764	Keine
2022	Mehr Verantwortung und Teamgedanken von Seiten der Vorgesetzten
2027	Mehr nichtärztliches Personal, damit Ärzte wirklich Zeit haben für die ärztlichen Aufgaben und nicht ständig nichtärztliche Tätigkeiten kompensieren müssen
2217	Bei Schichtwechsel sollte eine Überschneidungszeit der Dienste vorgesehen sein. Aktuell ist dies nicht der Fall, daher macht derjenige der seinen Dienst beendet eine Übergabe die für ihn Überstunden bedeuten und nicht vergolten werden.
2237	Abgabe nicht-ärztlicher Tätigkeiten
2319	Nichts
2559	All of the above
2642	Weniger Druck allgemein, auch durch personal mangel und bettenmangel
2643	nichts

Feld-Zusammenfassung für K5

Welche Punkte müssten sich im Bezug auf Kommunikation für Sie am dringendsten verbessern?



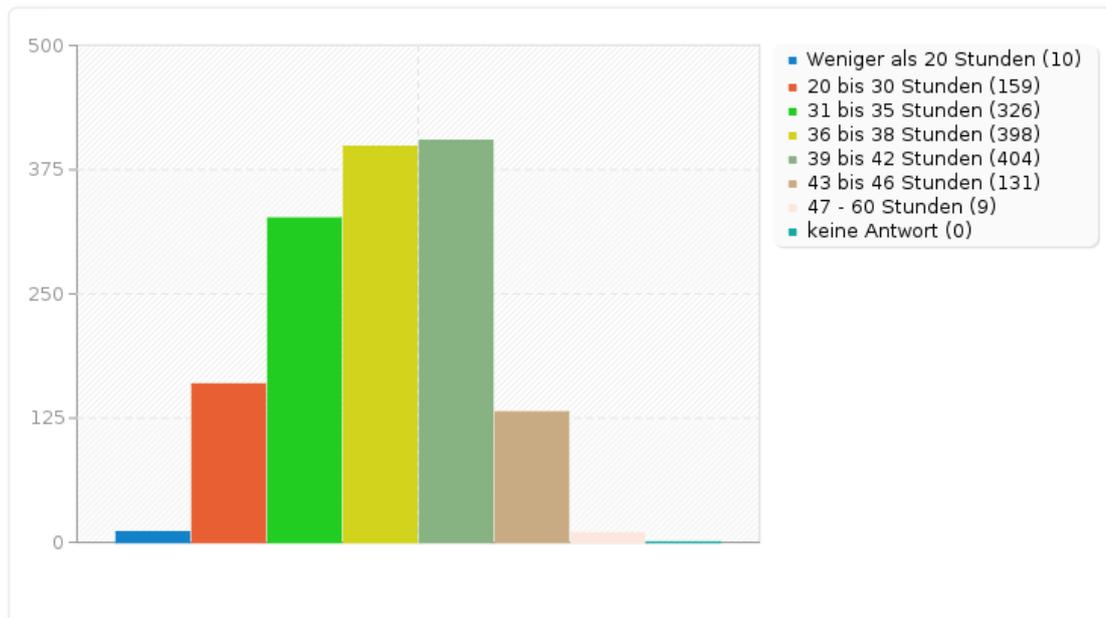
Feld-Zusammenfassung für Z1

Mit welcher Wochenarbeitszeit hätten Sie eine zufriedenstellende Work-Life-Balance (Geld spielt an dieser Stelle einmal eine untergeordnete Rolle)?

Antwort	Anzahl	Prozent
Weniger als 20 Stunden (A1)	10	0.70%
20 bis 30 Stunden (A2)	159	11.06%
31 bis 35 Stunden (A3)	326	22.69%
36 bis 38 Stunden (A4)	398	27.70%
39 bis 42 Stunden (A5)	404	28.11%
43 bis 46 Stunden (A6)	131	9.12%
47 - 60 Stunden (A7)	9	0.63%
keine Antwort	0	0.00%

Feld-Zusammenfassung für Z1

Mit welcher Wochenarbeitszeit hätten Sie eine zufriedenstellende Work-Life-Balance (Geld spielt an dieser Stelle einmal eine untergeordnete Rolle)?



Feld-Zusammenfassung für Z2

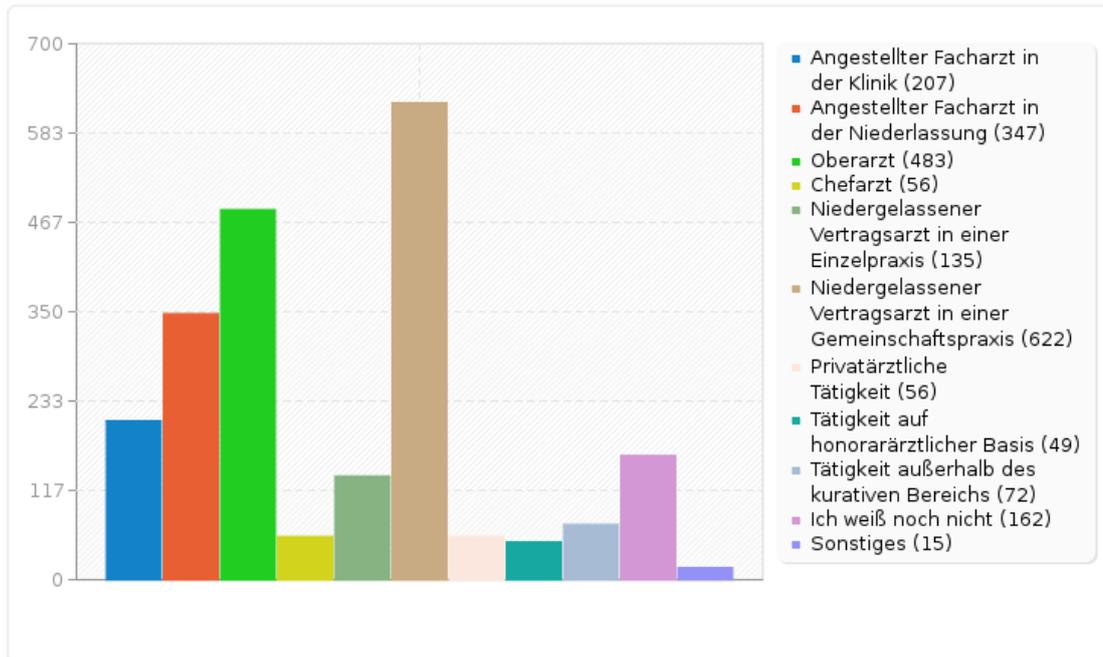
Welches Karriereziel haben Sie für sich geplant?

Antwort	Anzahl	Prozent
Angestellter Facharzt in der Klinik (SQ001)	207	14.41%
Angestellter Facharzt in der Niederlassung (SQ002)	347	24.15%
Oberarzt (SQ003)	483	33.61%
Chefarzt (SQ004)	56	3.90%
Niedergelassener Vertragsarzt in einer Einzelpraxis (SQ005)	135	9.39%
Niedergelassener Vertragsarzt in einer Gemeinschaftspraxis (SQ006)	622	43.28%
Privatärztliche Tätigkeit (SQ007)	56	3.90%
Tätigkeit auf honorarärztlicher Basis (SQ008)	49	3.41%
Tätigkeit außerhalb des kurativen Bereichs (SQ009)	72	5.01%
Ich weiß noch nicht (SQ010)	162	11.27%
Sonstiges	15	1.04%

ID	Antwort
267	Leitung einer Niederlassung
483	Wechsel der Fachrichtung!!! Direkte Patientenversorgung ade!
525	Sobald ich Facharzt bin werde ich die Patientenversorgung verlassen
576	Verschiedenes kommt in Frage
699	Psychotherapie/Coaching/Kommunikationstraining
700	Wissenschaftliche Laufbahn
1004	Arbeiten im EU-Ausland
1135	Mehreres wird in Betracht gezogen. Noch keine Festlegung.
1431	Wissenschaft + Oberarzt
1575	Oberarzt ODER Wechsel in die Industrie
1886	Auslandstätigkeit, ggf. Tätigkeit bei WHO o.a. Organisationen
2316	Tätigkeit in der Forschung
2356	Evtl . Jenseits des deutschen Gesundheitssystems
2474	Niederlassung in einem MVZ mit einem fachfremden Kollegen (Orthopädie)
2565	Arbeitsmedizin

Feld-Zusammenfassung für Z2

Welches Karriereziel haben Sie für sich geplant?



Feld-Zusammenfassung für Z3

Wie wird aus Ihrer Sicht der digitale Arbeitsplatz des Arztes in Zukunft aussehen (Stichwort: Digitales Wartezimmer, Health-Kioske, Patientenmonitoring etc.)?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	210	14.61%
keine Antwort	1227	85.39%

ID	Antwort
24	fgzfjkh
30	Er wird zunehmend relevanter, sollte jedoch die Arbeitsprozesse nicht gleichzeitig erschweren, was meiner Meinung nach aktuell das größte Manko ist. Und die fehlende Transparenz.
51	weiß ich noch nicht
79	Der Arzt wird ein Dokument am PC lesen, das geschultes Personal mit dem Patienten erstellt hat und die Anamnese beinhaltet. Der Arzt wird Anordnungen zur körperlichen und gerätemedizinischen Untersuchung digital tätigen. Die Befunde erhält er digital zurück. Er stellt eine Diagnose am PC und macht eine Therapieanordnung. Nächste digitaler Fall. Es wird keinen Patientenkontakt mehr geben. Es sei denn, es geht um persönliche Beschwerden, wo der Arzt selbst verantwortlich für gemacht werden soll.
96	Mehr Video-Consulting
131	effiziente Unterstützung, Trenderfassung, Terminmangement, Robotor, Aufklärungsvideos mit ggf. Rückfragen, automatischer Arztbrief, einfacher Zugriff auf alle Befunde, Vermeidung von doppelten Untersuchungen - teils mit erhebliche Pat. Schaden
160	Durch Digitalisierung lässt sich viel Zeit sparen, egal ob durch ein digitales Wartezimmer oder Telemedizin. Ich denke es gibt noch viel mehr gute Konzepte, die noch nicht umgesetzt wurden. Aber im Moment macht es für mich keinen Sinn sich damit auseinander zu setzen, da in meiner Klinik insgesamt viel an Digitalisierung fehlt.
168	viel Homeoffice
171	Keine Ahnung
184	Telemedizin
214	Die Digitalisierung wird immer mehr zunehmen, jedoch wird die klinische Untersuchung und Erfahrung niemals durch einen PC zu ersetzen sein
233	Digitale Wartezimmer, digitale Akte, online Sprechstunde
238	Ehrlich gesagt habe ich da bisher keine Vorstellung, der Fachbereich AINS hat die Digitalisierung sicherlich noch eine andere Stellung, da uns die "typische Stationarbeit" oder "das Wartezimmer" seltener betrifft.
240	Möglichst nicht ein Blatt Papier weit und breit
247	Telepsychotherapie, VR bei angstkrankungen, Tablets, Elektronische Patientenakte
259	- keine "Zettelwirtschaft" mehr: von der Aufnahme über die Dokumentation bis zu den Anordnungen und dem Entlassmanagement wird alles digital eingegeben / bearbeitet - zeitnaheres Überleiten der Entlassbriefe an die weiterbehandelnden Ärzte
279	mehr Kommunikation mit dem Patienten zwischen den Terminen, daher eher Erkennen von Problemen
280	Im Moment habe ich leider noch zu wenig Wissen und diffuse Vorstellungen bezüglich dieser Thematik und sehe mich daher auch nicht in der Lage, mich ausreichend qualifiziert hierzu zu äußern.
300	Mehr Distanz zum Patienten. Entscheidungen werden digital vom Arzt getroffen die Ausführung übernimmt Assistenzpersonal. Der Arzt ist während der Narkose nicht mehr anwesend. Ein Großteil der Narkose läuft computergestützt über Perfusor.
306	Kontakt mit Patienten über Video oder Telefon, automatische Befundinterpretation von Laborwerten und Röntgenbildern
310	Diesbezüglich habe ich mir bisher noch keine Gedanken gemacht.
321	Damit habe ich mich noch nicht auseinandergesetzt
337	Grauvoll ... Beziehungsarbeit geht unter der Digitalisierung flöten ... für die Psychiatrie viele Nachteile!!!
340	Darüber habe ich mir keine Gedanken gemacht
349	Hoffentlich intuitives papierloses arbeiten. Digitale Assistenz zur Erhöhung der Qualität bei gleicher Vergütung
355	Mit so umfangreichen dokumentationsmöglichkeiten belastet, dass der Patientenkontakt

374	noch weniger wird, da alles dokumentiert werden kann und dann auch muss. Aus meiner Sicht wird es miserabel bleiben: Deutschland ist gemessen an seiner Wirtschaftskraft eines der Länder mit dem relativ schlechtesten Internet. Man bräuchte schnelleres Internet, größere Netzwerke/Server und mehr sichere Leitungen, sodass ein schneller, sicherer und unkomplizierter Austausch von Informationen stattfinden kann, mit dem Ziel weniger Untersuchungen/Therapien doppelt durchzuführen und Behandlungsfehler zu vermeiden.
383	Der persönliche Kontakt mit dem Patienten mit ausreichend Zeit ist das wichtigste!!
403	Visite mit Tablet, komplette digitalisierte Patientenakte
423	unpersönlich.
450	Patientenmonitoring zu Hause auch über wearables und smart devices, telemedizinische Kurzvisiten/"Hausbesuche". Vollständige Patientenakte auf Smartphone des Patienten, die dann vom Patienten bei Vorstellung in der Klinik freigegeben wird und jeder Arzt auf alle relevanten Informationen zugreifen kann - KEINE Arztbriefe mehr notwendig!!!
451	Einziger Vorteil der Digitalisierung ist schnelle Verfügbarkeit/Übersicht der Befunde, ohne Akten suchen zu müssen. Darauf sollte man sich beschränken.
452	habe meiner Meinung nach recht bescheidene Wünsche: wenn schon Digitalisierung, dann auch effizient, d.h. angemessene Hardware (schnellere Computer, bspw. Tablets, sodass von jedem Punkt im Krankenhaus aus gearbeitet werden kann); Softwareoptimierung für einen effizienteren Ablauf. Kann mir ausser der digitalen Patientenakte und dem digitalen Medikationsplan im Moment kein weiteres Potential für eine chirurgische Abteilung vorstellen, habe mir aber auch noch keine wirklich weiterführenden Gedanken gemacht
464	Telemedizin-Visitenwagen, nichts handschriftliches mehr sondern alles digital, Unterstützung der Arbeit durch Künstliche Intelligenz
470	Bessere Triage, bessere Aufklärung der Patienten über „wirkliche“ Notfälle, weniger nicht-ärztliche Tätigkeiten wie Rezepte drucken, Reha-Anträge ausfüllen, Viggo legen, usw. Mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung...
493	Genauso wie jetzt. Es verändert sich leider zu langsam.
496	Aufgrund der Arbeitsverdichtung brauchen wir insb. im ländlichen Bereich kompetente Mitarbeiter für Hausbesuche, welche gezielte Untersuchungen beherrschen und ggf. via Skype etc. Rückmeldung geben können. Hausbesuche werden zunehmend abnehmen.
500	Telemedizin
505	Bundesweite Datenbank zu Diagnostik und weniger unnötige Diagnostik, Wartezeitenminimierung, besseres Langzeitmonitoring, schnellere und ausführlichere Dokumentation, bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit
513	Jedes Krankenhaus arbeitet mit einer digitalen Patientenakte. Befunde, Vormedikation etc. Können unkompliziert übertragen werden. Rezepte, Überweisungen, Arztbriefe etc. Werden digital und direkt vermittelt. Nachschlagewerke, Handlungsempfehlungen. Leitlinien usw. sind schnell und einfach für alle Ärzte in Deutschland erreichbar. Am besten auf einer Plattform.
516	Alle Akten digital, Mediplan und wichtigste Krankheiten auf Versichertenkarte
540	Keine Angabe
541	-
555	digitale Patientenakte, "Hausbesuche" nicht mehr selbst vorgenommen sondern im Rahmen der Telemedizin mit Schwester/med. Personal vor Ort, Integration von Smartphone&Smartwatch in das Monitoring, zunehmend unpersönlichere Arzt-Patienten-Beziehung durch "Arzt-Hopping" in Zeiten des Ärztemangels und durch Telemedizin
561	Um eine bessere Anamnese bilden zu können ist es unverzichtbar auf alle vorhergehenden Epikrisen Zugriff zu haben. Dies ist nur bei einem geringen Teil der Patienten möglich. Daher denke ich, dass eine elektronische Patientenakte auf der Versichertenkarte (bspw für demente oder psychisch kranke Patienten) sinnvoll wäre.
564	Hoffentlich digitalisierte Patientendaten... Medikamente, Vorerkrankungen auf Gesundheitskarte
576	Hab ich mir noch keine Gedanken gemacht. Auf jeden Fall keine doppelte Dokumentation mehr.
579	weiß ich nicht, spielt momentan für mich keine Rolle.
593	Dazu habe ich keine Vorstellung
598	Ein zentraler Arbeitsplatz, Erleichterung der Arbeit.
599	da es bei uns keine nennenswerte moderne Digitalisierung gibt und in meiner Uni auch nicht, habe ich davon keine Ahnung. Zentrale umfassende digitale Medikationsdokumentation pro Patient wäre sehr hilfreich
615	Kompliziert, weil EDV-Spezialisten meistens keine Ahnung davon haben was man als ärztliches Personal braucht und wie man es umsetzt. Außerdem halte ich die Digitalisierungstendenzen für fehleranfällig in höchstem Maße, was man immer dann bemerkt wenn die Software mal wieder abstürzt oder gerade ein Update erhält. Auf nicht digitale

	Alternativen darf nicht vollständig verzichtet werden.
617	Da habe ich keine Idee.
630	Digitales Wartezimmer
632	Schnellere Durchgabe von Daten oder Krankheitsbildern wie Blutdruck und Infekt der oberen Atemwege. Therapie ohne Sicht des Patienten. Auswertung von EKG, Röntgenbildern oder Hautscreenings in Zukunft computerassiiert.
637	Ich hoffe auf eine bessere Verfügbarkeit von Befunden und Vorderteil o.ä. Eine Videosprechstunde ohne physischen Patientenkontakt lehne ich ab. Eine Vorarbeit durch digitales auslesen von z.B. Devices fände ich als Vorbereitung für den Patientenkontakt sinnvoll.
641	keine Ahnung.
655	Eine digitale Akte pro Patient mit Zugriff für alle Ärzte. Keine ständiges Nachtelefonieren, Herumgereiche. Standardisierte Bausteine.
673	Ich erwarte nur eine schleppende weitere Digitalisierung des ärztlichen Arbeitsplatzes. Vieles wäre ja heute schon möglich, wird aber aus Kostengründen nicht eingeführt, z.B. digitale Patientenkurven.
682	Mit iPad am Patientenbett
692	Mehr Chancen auf einen besseren Überblick insbesondere bei multimorbiden Patienten.
699	a) Mehr Algorithmen für Diagnosen (Differentialdiagnosen und wie man sie prüfen kann) b) der immerwährende Arztbreif auf der Gesundheitskarte gespeichert - nie wieder Befunden hinterher telefonieren c) mehr Tablets, um Patienten ihre Befunde zu zeigen (Bildgebug, Verlauf zB vom Hb oder Krea als Grafik, Erklärbilder- und Filme, die die Patienten in einer Bibliothek von ihrem Bett aus aufrufen können, um sich über ihre Krankheit zu informieren
709	Veraltet und unzureichend- da wir immer noch zum Teil MS-DOS nutzen, fürchte ich, dass die Digitalisierung an uns vorbeiziehen wird, bis massenhafte Probleme auftreten.
710	Pre-Screening der Patienten digital / außerhalb der Praxis oder Klinik. Steuerung durch dieses digitale Screening --> dann jedoch weiterhin Arzt-Patienten-Kontakt unerlässlich. Optimierung der Datenerhebung im Vorfeld.
747	KI zur Strukturierung und Einordnung dieser zahlreichen erhobenen Daten Ich bin da leider pessimistisch. Es hat sich in den letzten Jahren nicht so viel verändert, daher glaube ich nicht, dass sich in den nächsten 10 Jahren Grundlegendes hierzu verbessern wird. Ich denke wir faxen dann immer noch.
748	Ich glaube, dass es sinnvoll wäre, mehr Patienten niedrigschwellig über spezialisierte Schwestern zu versorgen.
751	Bevor wir nichteinmal die einfachsten digitalen Basisstrukturen nutzergerecht zum Laufen bringen, muss man mit solchen Sachen nicht anfangen.
790	Es wird sich deutlich entwickeln
794	Kann ich mir noch nicht vorstellen
815	- ich wünsche mir weniger auf den PC-Bildschirm schauen, weniger Organisation und Anträge stellen, mehr Patientenkontakt, weniger Gerätediagnostik, mehr Nähe zum Patienten, Zeit für ausführliche Anamnese und Körperl. Untersuchung
849	Keine wirkliche Alternative
888	keine genaue Vorstellung
889	Arbeiten mit einem Tablett, das Versenden von befunden als PDF und faxen direkt vom Rechner statt ausdrucken und dann erst faxen. Zudem kann das Tablett auch einen Barcode erkennen. Reduzierung der Datenschutzbestimmungen für Klinikalltag.
896	- Visite mit Tablett auf denen Anordnungen, Laborwerte, radiologische Bilder, Dokumente und Patientenkurve direkt eingesehen werden können. - Eingabe von Beschwerden/Schmerzen, Medikamenten, Vorerkrankungen u.A. in ein digitales Formular bereits im Wartezimmer. - Automatische Übernahme der letzten Medikation in den Arztbrief.
899	Potenzial wäre da, machbar wäre es auch, ob es in Deutschland umgesetzt werden wird, weiß ich nicht
903	??
937	Digitale Diagnosestellung, Patientenmonitoring
938	Ich hoffe effizient mit Computer-Anordnungen für die Schwestern, Bestätigungsnotwendigkeit wenn etwas gemacht wurde, Verbesserung der Liegezeiten durch Digitalisierung im Sozialdienst
946	Alles digital über videosprechstunde etc Eingewiesenen Personal führt Untersuchungen durch, Arzt sitzt am pc und bearbeitet alles. Wäre auch ideal für die Betreuung von Pflegeheimen, da augenheilkunde ein bilderfach ist. Patienten gehen an den Tresen und "fahren " auf einem Stuhl von einem Gerät zum

	nächsten.
956	Einen digitalen Arbeitsplatz, der den Namen auch verdient hat, wird es in den nächsten 30 Jahre nicht geben.
965	Eine deutliche Erleichterung der Dokumentation wäre schön. Eine konstante Mehrbelastung des ärztlichen Personals bei der Dokumentation/ Entlassungsmanagement darf nicht fortgeführt werden.
972	In meinem Bereich nur begrenzt sinnvoll.
993	Effizienter, strukturierter. Hoffentlich!
1004	Die Haupteerleichterung durch Digitalisierung erhoffe ich mir durch eine automatisierte und dadurch zeitsparendere Dokumentation. Der Arzt müsste sich nur um das Patientengespräch und die Untersuchung kümmern müssen, den "Sekretär-Job" sollte eine angelernte Person oder eben ein Programm erledigen. Das wäre Patientenorientierter und kosteneffizienter!
1031	In der Psychosomatik/Psychotherapie hoffentlich nicht zu viel Digitalisierung. In anderen Fachrichtungen wäre es sinniger.
1050	Bedside, kabellos, papierlos
1058	soviel wie möglich digital dokumentieren, so wenig wie möglich handschriftlich wichtige Informationen auf einen Blick
1069	Digitale Akte, E-entlassbrief
1070	Digitaler Zugang zu Diagnosen, Befunden und Dauermedikation, auch als Austausch zwischen Niergelassenen und Klinik
1080	Digitale Patientenakte für jeden
1102	...
1107	Dokumentation über elektronische Patientenakte
1117	mehr Telemedizin, wesentliche weniger "Vorort"-Medizin
1131	Patientenmonitoring online ohne handschriftl. Protokoll, Digitalisierung des Narkoseprotokolls. Tablets.
1144	Mehr Patienten Monitoring Standardisierte entlassbriefe und Medikamenten Anordnungen SOP für entlassungen
1151	Weniger Kurven, digitale Patientenakte, keine Handschriftlichen Dokumente mehr
1163	Ich hatte bisher fast keinen Kontakt zu einer digitalisierten Arbeitswelt und kann diese Frage deshalb nicht beantworten.
1188	umfassende elektronische Patientenakte, kein schriftlicher Verkehr mehr, alle Befunde/Briefe/Medikamente/Rezepte digital auf Versichertenkarte
1272	Digitale Sprechstunde
1280	IPad in Kitteltasche, Chips zur Erfassung der Vitalparameter
1284	Es wird sich scheinbar viel ändern, es wird unpersönlicher.
1285	Mehr Zeit am Patienten und indirektem Kontakt weil der digitale Fortschritt uns in der Dokumentation und Verwaltung entlastet
1287	1. Zentrale befunderhebung und Einsicht 2. präventive Behandlung und Früherkennung 3. Nicht alles dreifach untersuchen
1295	Digitalisierung ist notwendig, vermeidet Fehler und spart Zeit. Dafür müssen jedoch die technische Voraussetzungen für die Verarbeitung von enormen Menge an Daten stimmen. Schnelle Server, gute Graphik-Karten, dreifache Sicherung und intuitiv strukturierte Bediensoftware - das ist die Zukunft.
1309	Kein Papier mehr, mehr Telefonate und digitale Konferenzen, Telemedizin
1319	Verbesserter online Austausch von Patientendaten (Diagnosen allen bekannt, letzte Medikamente, Allergien) Radiologische Befunde und Bilder auch von ambulanten Kollegen sofort einsehbar. Keine Doppelanmeldungen in der Diagnostik durch computerbasierte Kontrollsysteme Verbesserte Erreichbarkeit von Kollegen.
1367	Elektronische Patientenakte, elektronische Uebertragung von Pat. Daten, Berichten etc., Teletherapie
1382	Dazu habe ich bis jetzt keine Vorstellung. Ich habe aber Sorge noch mehr zeit am pc und noch weniger Zeit mit meinem Patienten zu verbringen
1390	Ich hoffe die digitalisierung wird in ihren vorteilen (datensammlungen, einfache verfügbarkeit d daten unterwahrung d datenschutzes) gelebt. Der direkte kontakt zum pat. Darf nicht noch weiter einbrechen
1408	kürzere Dokumentationszeiten, in ZNA Vorauswahl der Patienten durch automatisierte Befragung
1418	Der direkte Arzt-Patienten-lontakt wird zurück gehen. Ich denke das digitale Hausbesuche und Gespräche via Bildschirm zunehmen. Es wird eine Verbesserung der Vernetzung der Praxen und Kliniken geben. Aber auch eine Gefahr für Datendiebstal. Wir stehen vor großen

	Veränderungen und aktuell sind diese noch nicht alle absehbar.
1431	Voll automatisiertes Patientenmonitoring, automatische digitale Dokumentation, digitale Anordnungen. Algorithmus assistierte Diagnose und Therapieplanung
1447	- vermehrter Einsatz von Telemetrie (Überwachung auch auf Peripherstation und somit Optimierung der Intensivkapazitäten) - Möglichkeit der Abfrage aktueller Gesundheitsdaten via Apps/Tools (Fitnessarmbänder, etc.) - ggf. Video-Konsultation zwischen Arzt und Patient um Erst-/Verlaufseinschätzung zu erhalten, z.B. auch mit der Frage, ob eine Vorstellung in Praxis/Notaufnahme zeitnah sinnvoll
1448	?
1449	Ein Arzt, der seine Patienten nicht VOR Ort hat, spricht, untersucht etc. macht was falsch. Onlinesprechstunden sollten NIE gemacht werden. Das ist ein absolutes No-Go mit einigen ganz wenigen Ausnahmen.
	Digitales Wartezimmer, Health-Kioske, Patientenmonitoring sind am Puls der Zeit und sollten auf jeden Fall etabliert und dann weiterentwickelt werden. Die Effektivität kann dadurch meiner Meinung nach gesteigert werden. Alles, was Zeitersparnis bringt und dabei den Patienten und Ärzten nutzt, sollte genutzt werden.
1460	Wie bereits gesagt: meiner Meinung nach schafft Digitalisierung mehr Arbeit als Nutzen im Alltag.
1483	In der Radiologie mehr Teleradiologie und nurnoch wenige Ärzte, die vor Ort sein müssen.
1500	Digitale Terminvergabe, Einsicht in alle vorherigen Arztbriefe, Einsicht in alle Röntgen, MRT, CT, Sono Untersuchungen, Digitale Medikamentenpläne, Spracherkennungssoftware
1517	Festere und flexiblere Arbeitszeiten, Reduktion der obligat ärztlichen Tätigkeiten, weiterer Trend zum MVZ / Poliklinik
1534	man hat viel schneller Patientendaten, die man jetzt noch mühsam anfordern muss. Kurveneinträge werden digital gemacht und gleich in den Entlassbrief übernommen.
1547	Keine Vorstellung. Vielleicht Fingerscan und alle Daten über den Patienten sind abrufbar. Insbesondere Allergien, Medikamente, Diagnosen.
1561	-
1582	Ich habe dazu noch keine dezidierte Meinung.
1591	Leider habe ich dazu keine konkreten Vorstellung. Gut wäre eine digitale Akte, auf die alle gleichzeitig zu greifen können. Und wenn auf der elektronischen Gesundheitskarte wirklich mal Vorbefunde gespeichert werden könnten und man sich diverse Vorbefunde nicht erst mühsam zuauftelefonieren müsste. Und eine bessere Steuerung der Patienten, die in die Notaufnahme kommen. So viele Banalitäten, die Zeit rauben und die ,streng genommen, nicht mal einen Arzt sehen müssten. Hier wäre eine Erweiterung des pflegerischen Kompetenzbereiches wie in England/Amerika in Zukunft wünschenswert. Mit besserer Bezahlung.
1622	Ich hoffe nicht zu digitalisiert. Da geht der persönliche Bezug verloren
1637	Es werden zunehmend Angebote mittels Internetoder Apps aufkommen. Teilweise allerdings zusätzlich privat. Man bezahlt die Bequemlichkeit, Flexibilität und Schnelligkeit. Telemedizin im ländlichen Gebiet sollte weiter ausgebaut werden. Allerdings muss hierfür auch eine Vergütung implementiert werden (wie zB Hausbesuch)
1649	Alles digital, sehr leichte Übermittlung und Recherche von Daten, Daten müssen dafür aber besonders gut geschützt werden
1651	keine Vorstellung
1652	Meines Erachtens nach sinnvoll und notwendig. In privaten Krankenhäusern wird dies allerdings nur halbherzig und möglichst ohne personellen Aufwand durchgeführt. Ferner werden die mit dem IT-System arbeitenden bei der Entwicklung nicht einbezogen. So werden ein Großteil der Möglichkeiten durch Digitalisierung nicht genutzt.
1684	Ein gesundes Maß an Digitalisierung ist sicherlich notwendig. Ich habe jedoch Sorge das wir uns als Ärzteschaft so auf die Digitalisierung konzentrieren das wir in manchen Bereichen versucht sind die Bedürfnisse unserer Patienten durch IT-Lösungen zu beantworten. Letztendlich wünscht sich doch jeder Patient das ihm aktiv zugehört und mit Empathie entgegengetreten wird. Diese Haupttätigkeit nimmt nur noch einen Bruchteil der Tätigkeit ein. Vielmehr ist man hauptberuflich zum dokumentieren etc. am PC, Tablet und Co. verbannt. Schade eigentlich. Dafür habe ich nicht studiert !!!
1699	Noch weniger direkter Patientenkontakt und noch mehr Dokumentationsnotwendigkeit
1701	Alle Kurven online, in jedem Zimmer und auch direkt am Patienten einsehbar. Alarmsysteme für Vitalparameter, neue Befunde, Laborwerte, Medikamente.
1766	Digitale Patientenakte, überall von allen an dem Patienten arbeitenden Gruppen einseh- und bearbeitbar. Keine Aktensucherei, kein Papierkrieg. Mehr Telemedizin, bessere Kommunikation auch mit den Niedergelassenen Kollegen durch mehr digitale gemeinsame

	Plattformen.
1771	ich kann mir kaum vorstellen, dass sich grundsätzlich etwas an unserer Tätigkeit ändern wird.
1785	insbesondere Vorerkrankungen und Medikationsplan sollten auf Gesundheitskarte abrufbar sein!! Digitale Übermittlung von Arztbriefen an Hausärzte zur Ermöglichung eines möglichst aktuellen Wissensstandes über einen Patienten
1812	Wenig Änderung, welche die Patienten betrifft, da diese zu alt sind, um ein Health Kiosk zu bedienen. Auch viele 50-Jährige können keinen PC/kein Smartphone bedienen. Digitale Patientenakten/Medikamentenpläne/Single Dose-Verpackung sind allerdings längst überfällig.
1815	Digitale Anwendungen ermöglichen effiziente Behandlung (Beispiel digitale Terminvergabe, etc.) und können zu einer Zeitersparnis führen. Dennoch besteht die Gefahr einer 24 Stunden Medizin, was das Anspruchsverhalten der Patienten erhöht.
1838	Weiß nicht
1842	Noch mehr Zeitdruck
1852	Alles von einem PC aus steuerbar und abrufbar. Egal ob am Patientenbett, aus anderen Kliniken oder im OP. Assistenzsysteme mit künstlicher Intelligenz, die auf mögliche Fehler hinweisen und die Medikation überwachen. Ggf. sogar Therapiehinweise geben oder sogar Diagnosen stellen.
1855	Aktuell keine Vorstellung, da zuviel mit Familie (Kleinkind) und Arbeit im Alltag beschäftigt.
1869	Digitalisierung hoffentlich zur Vereinfachung von Strukturen und Verbesserung der Informiertheit (alle Befunde zentral gesammelt/Diagnosen auf der Gesundheitskarte/ relevante Informationen im System gut sichtbar verfügbar) um dann mehr Zeit für den Patientenkontakt zu haben.
1888	digitale Akte für den Patienten, Triage akut, gesammelte Befunde zentral Mehr Vernetzung zwischen einzelnen Institutionen, Papierfreie Kommunikation zu Apotheken und Kassen
1907	.
1911	Telemedizinische Konsultation
1920	Unzureichend
1927	Digitale Patientenakte Idealerweise bessere Vernetzung unterschiedlicher IT-Systeme untereinander um Doppeldokumentationen zu vermeiden. Dies ist in den nächsten 10 Jahren allerdings nicht realistisch in unserer Klinik erreichbar.
1951	Hoffentlich wird auch noch genug analoger direkter Patientenkontakt stattfinden(und die Digitalisierung lediglich die Dokumentation/Abrechnung erleichtern)!
1953	-Die flächendeckende Anwendung einer elektronischen Patientenakte, welche von jedem behandelnden Arzt eingesehen werden kann -internet of things --> monitoring in der Häuslichkeit (BZ, RR...)
1961	- Dermatologische Früherkennungsverfahren digital mit Photofinder etc. - Patientenaufruf über Wartenummer (keine Preisgabe von Namen im Rahmen der Datenschutzverordnung) - Dokumentation nur über PC ohne Papierakten (wären nach wie vor sinnvoll, da Datenklau durch Hackerangriffe möglich; umgekehrt bei Diebstahl oder Brand Verlust der Papierakten)
1963	Hoffentlich in Zukunft so wie in Island!
2012	Wird überbewertet. Wahrscheinlich lässt sich die Ärzteschaft von der Politik aber wieder etwas vorschreiben. Die älteren Patienten sollte man bei der Digitalisierung nicht vergessen.
2022	Digitale Kurvenführung und Patientenmonitoring
2075	Digitales vorsortieren der Patienten InVorbereitung für den arztkontakt
2112	Kein Skype ! Ansonsten Digitalisierung zur Fehlervermeidung ok
2125	Die Digitalisierung ist schon wichtig und toll, aber die Persönlichkeit kommt für mich abhanden! Digitale Patientenakte finde ich gut- diese aber übergreifend auf Krankenhaus sowie ambulant tätigen Ärzte, sodass alle Befunde immer einsehbar sind und man nicht ständig von überall alles her holen muss (inkl. Bildgebung/laborparameter!
2140	Ich würde mir eine Voll-Digitalisierung wünschen in allen Bereichen.
2142	Mittelfristig: Identifizierung von Patienten anhand 2 Faktoren (kann Namen sagen und trägt z.B. NFC-Chip). Organisation von Bettenbelegung oder Wartezeiten werden durch Algorithmen bestimmt. Monitoring wird mit weniger invasiven/Patienten störende Geräte übernommen. Dokumentation mit leistungsfähiger Software, die fortgeschrittene Technologien wie OCR beherrschen und häufig benötigte Aufgaben mit hoher Zuverlässigkeit übernehmen (z.B. einen Medikamentenplan einlesen und ins System überführen; auch ohne QR-Code auf Medikamentenplan und Vernetzung von Arztpraxen)
2149	Dokumentation verbessern,

2154	Falls die aktuell technisch vorhandenen Möglichkeiten ausgeschöpft würden, könnte dies eine Entlastung des gesamten Personals beinhalten, wobei ich mir das nicht in absehbarer Zeit in Deutschland vorstellen kann, bei Hindernissen wie antiquierter EDV und gewinnorientierter Verwaltungsebenen. In einzelnen Praxen mag dies durch Eigenengagement möglich sein. Konkrete Vorstellungen der Möglichkeiten habe ich persönlich jedoch leider nicht, da ich im Klinikalltag keinen Kontakt zu zukunftsweisenden technischen Neuerungen habe.
2172	Keine Zettelwirtschaft mehr, keine Patientenakten die verloren gehen können, alles digital, sodass jeder jederzeit zugreifen kann
2180	Von allem ein wenig. Systeme aber nicht ausgereift.
2203	- Kurvenvisite, Anordnungen, Dokumentation der Vitalparameter komplett digital; keine Papierakten oder handschriftliche Dokumentation mehr - Bundesweite, ggf. internationale Vereinheitlichung und Einsehbarkeit (z.B. Arztbrief bei Verlegung aus anderem Krankenhaus)
2222	Individualisierte Therapiekonzepte für Patienten basierend auf einer verbesserten Software welche die Pharmakotherapie, Bildgebung, laborchemische Befunde, Patientenkurven und Dokumentation zusammenführen. Patientenkurven auf dem Papier sollte abgeschafft werden.
2237	Gut Wuhre eine Digitale Patientenakte auf einer Chipkarte welche alle Vorbefunde, CT-Bilder Medikamentenpläne etc. beinhaltet. Um Daten-Phishing vorzubeugen könnte man die Daten durch den persönlichen Fingerabdruck sperren. Durch eine App könnte der Patient dann selber entscheiden ob der behandelnden Arzt die bestimmten Daten einsehen darf oder nicht, ähnlich wie bei einer Facebook-Privateinstellung, also welche Daten gebe ich dem behandelnden Arzt frei.
2264	Mit dem Thema habe ich mich noch nicht befasst.
2284	Sinnvolle Daten Weitergabe (Medikamenten Plan, Diagnosen, Vorbefunde) Ohne erst mehrmals zu telefonieren, faxe zu schicken und Unterschriften einzuholen. Berichte schreiben ohne dafür zum x-ten mal die gleichen Daten einzugeben (zb. Diagnosen) Optimierte, effiziente Verteilung von Patienten im stationären setting, oder Zuweisung zu einem geeigneten Facharzt
2294	Digitale Patientenakte mit Verschiedenen Abrufmöglichkeiten (PC/Tablett/"Home-Office)
2308	Eine Anpassung durch Digitalisierung wird erforderlich werden um die Zufriedenheit bei Ärzten, Pflege und Patienten zu erhöhen, indem man eine mehrfachdokumentation vermeidet und so mehr Zeit für Kommunikation hat. Ein digitales Wartezimmer wäre in der Niederlassung gold wert
2318	Telemetrie, auswerten von gesundheitsapps beim Arzt, so auch Therapie Kontrolle, ggf Video Visite
2352	Bedeutungszuwachs von digitalem Verlaufsmonitoring, Videosprechstunden. Wünschenswert ist eine gute Nutzerinteraktion und Softwareergonomie für medizinische Software.
2348	Ich halte Digitalisierung für überschätzt.
2351	hoffentlich wenig. zu viel unterschiedliche systemen die auch nicht problemlos funktionieren. Beispiel: Telematik kopplung bei ambulante Kinderärzte. Häufen geld ausgeben und es funktioniert nicht. Aber von der Regierung ein pflicht.
2356	In Großstädten und bei jungen Leuten gut umsetzbar, einziges Manko ist immer der rechtliche Aspekt. Auf dem Land, also da wo besonders Ärzte gebraucht werden, schwierig durch die alternde Bevölkerung/ fehlende Medien. Und den meisten Menschen ist ein persönlicher Koontakt zum Arzt tatsächlich sehr, sehr wichtig.
2364	Wir werden zum Sklaven der Digitalisierung. Der Mensch wird zur Maschine reduziert. Effizienz und Effektivität stehen über Raumgebung für individuelles Wachstum und Entwicklung.
2374	Ich hoffe das in näher Zukunft vor allem im niedergelassenen Bereich mehr telemedizinische Beratung möglich sein wird. Vor allem für chronisch kranke aber auch für Prävention (z.b. Gesunde Ernährung , Beikost Einführung, Unfallverhütung, Erziehungsfragen, Verlauf von z.b. Neurodermitis Therapie etc.) Fragen per Videotelefonie / E-Mail geklärt werden können. Und dadurch auch Homeoffice für Ärzte möglich wird.
2382	Damit habe ich mich noch nicht beschäftigt.
2396	Keine genaue Vorstellung! Allerdings würde die Umsetzung des digitalen Medikamenteplan sowie der Vorerkrankungen

	mit letzter Therapie eine deutlich Erleichterung vermuten lassen!
2401	Ich fände eine Software die eingegebene Diagnosen und Medikamente abgleicht und auf Kontraindikationen und Wechselwirkungen aufmerksam macht sehr hilfreich und sinnvoll.
2447	In der Radiologie: Befundung nicht zwingend vor Ort nötig. Erstsichtung der Bilddaten durch eine KI, ausgedehnter Zugang zu anderen Untersuchungsbefunden/Laborwerten, Besprechung von einzelnen Befunden mit Zentren(Spezialisten) über Skype o.ä.
2448	Online Zugriff auf alle bisherigen Arztbriefe, die letzten Laborparameter und Befunde.
2451	Weiß nicht
2452	Weiß ich nicht.
2455	In ferner Zukunft Home Office, wahrscheinlich hauptsächlich beratend in Kooperation mit einer bzw. mehreren medizinischen, mobilen Fachkraft/-kräften
2471	keine Angabe
2481	Mehr Telemedizin zur Aufrechterhaltung der Gatekeeperfunktion von Niedergelassenen Kollegen.
	Es wird Zeit, dass Gesundheitsdaten auf der Gesundheitskarte zu speichern. So ließe sich Zeit und Geld sparen, Fehler vermeiden und besser bzw. schneller auf (Begleit-)Erkrankung von Patienten eingegangen werden können
2507	Damit habe ich mich noch nicht ausreichend auseinandergesetzt
2516	Automatische Übernahme von Befunden in die Briefe, elektronische vollständige, sofortige Verfügbarkeit von Befunden, Fachwissen schnell und verknüpft verfügbar
2518	besseres Langzeitmonitoring mittels smarterer Kleidung
2521	Zunehmende - Einbindung von digitalen Algorithmen zur Diagnosefindung und Therapieplanung - Telemonitoring-Konzepte - Digitalisierung der Dokumentation
2563	Kann ich nicht beurteilen
2570	Keine Vorstellung, da so etwas im Studium nie angesprochen wurde und jetzt fehlt die Zeit sich in dieses riesen Thema einzulesen und auch der Mut (Stichwort cyber Kriminalität).
2577	die digitalisierbaren Prozesse sollten digitalisiert werden, sodass weniger doppel-dokumentationen nötig sind und dadurch hoffentlich wieder mehr zeit für den Patienten ist
2582	Gutes, Standardisiertes, landesweites Datenbanksystem mit allen, sowohl internen als auch externen, Laborwerten und Befunden, Direktzugriff auf alle relevanten Informationen zu jeder Zeit, Volltextsuche über alle beim Patienten je erhobenen Befunden und Arztbriefe , egal ob intern oder extern. Reduktion von Redundanzen!
2587	Ohne Patientenkontakt ist es gerade in der Nrl sehr schwierig Diagnosen zu stellen.
2614	Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. In der Anästhesie wird das vermutlich, abgesehen vom digitalen Narkoseprotokoll, keine allzu große Rolle spielen.
2627	Telemedizin, jedoch nir in herinhem umfang sinnvoll aus meiner Sicht
2642	Wichtigster Punkt: individuelle Krankenkarte mit allen Diagnosen und Medikamentenplan. Standardisiert für alle Menschen mit einem Lesegerät erkennbar und automatische Übernahme in digitales Aufnahmedokument. Wesentlich effizienteres und sicheres arbeiten dadurch, spart ggf real arztstellen. 2. Einheitliche Dokumentationsysteme, sodass Befunde per Mausclick vom Hausarzt angefordert werden können. Kein stundenlanges versuchen jemanden telefonisch zu erreichen, der ggf im Urlaub ist
2646	- mehr Daten, die vom Patienten selber erhoben werden mittels Handy/Uhren etc. und die dann strukturiert erfasst und ausgewertet werden können - Dokumentation nur via PC/Tablet - kaum noch Papier - mehr online-Kommunikation - Arzt via Skype o.ä.
2655	nur noch digitale Patientenakte, bessere Systeme um Befunde direkt an weiterbehandelnden Kollegen zu übertragen
2680	Für mich schwer vorstellbar...
2684	Kann ich mir gar nicht so recht vorstellen.
2691	Nie Gedanken darüber gemacht
2692	Übersichtlich und hoffentlich nicht mehr so stark fehlerbehaftet
2696	Digitales Wartezimmer, digitale Patientenakte, digitales visieren von Befunden
2706	Habe ich mich bisher nicht mit beschäftigt
2722	Noch mehr Druck und noch mehr Patienten pro Arzt. Dafür eine gute Kontrollierbarkeit für die Produktionsleitung. Eine verbesserte Digitalisierung erhöht die Produktionsleistung des Krankenhauses, Ärzte werden besser kontrollierbar hinsichtlich der Produktionszahlen.
2724	Auf der Gesundheitskarte der Patient*innen sind alle relevanten Befunde gespeichert, man führt eine digitale Akte, keine Arztbriefe mehr. Je nach Krankheitsbild gibt es Apps, die den Patient*innen die Überprüfung relevanter Parameter (Gewicht, RR, BZ, Kraft, ...) ermöglicht, diese Daten können beim Arztbesuch einfach ausgelesen werden.

Das direkte Gespräch / die körperliche Untersuchung werden auch in Zukunft immens wichtig sein, da eine gute therapeutische Beziehung nur "face to face" und nicht digital aufgebaut werden kann.

2746

In der Psychiatrie/Psychotherapie ist Telemedizin sehr sinnvoll.

2783

Nur langsame und unzureichende Digitalisierung, weiterhin enorm viel Dokumentation

Feld-Zusammenfassung für Z4

Was hält Sie vor allem an Ihrem Arbeitsplatz? Was ist/sind aus Ihrer Sicht der/die wichtigste/n Aspekt/e, welche/r Sie an Ihren derzeitiger Arbeitsplatz bindet/bindet?

Antwort	Anzahl	Prozent
Private Gründe (familiäre Bindung an den Ort bzw. das soziale Umfeld) (SQ001)	743	51.70%
Arbeitsplatzbezogene Gründe (nettes Team, gute Arbeitsatmosphäre) (SQ002)	852	59.29%
Gute Weiterbildung (SQ003)	282	19.62%
Karriereplanung / Rennomée der Abteilung (SQ004)	280	19.49%
Finanzielle Aspekte (SQ005)	278	19.35%
Bequemlichkeit (keine Lust zu wechseln) (SQ006)	278	19.35%
Respekt vor Veränderungen / Neuanfang (SQ007)	327	22.76%
Sonstiges	152	10.58%

ID	Antwort
24	jjjj
46	Habe bereits gekündigt
57	Habe aktuell gekündigt
75	Ein Wechsel ist geplant
96	Arbeit auf dem neuesten medizinischem Stand, geringer wirtschaftlicher Druck an Unikliniken
116	Eingeschränkte Jobangebote, woanders ist es nicht unbedingt besser
139	laufende Forschungsprojekte
151	Möglichkeit, meine Wunschfachrichtung zu machen
171	Ich suche eine neue stelle
193	Aktuell Arbeitsplatzwechsel geplant
231	Erlernen spezifischer Fähigkeiten für die Tätigkeit als Notärztin
233	Weiterbildungszeit
248	viel OP Erfahrung
252	wenige offene Stellen
282	Gemischte Krankheitsbilder
294	Operatives Teaching, Fallspektrum
312	Schwere Stellensituation
345	Kein Wechsel möglich da Bundeswehr Arztin
364	Woanders ist es auch nicht besset
383	Klinikzeit ist Pflicht um Facharzt werden zu können.die wenigen guten stellen sind besetzt.
450	Versuch Abläufe und Inhalte langfristig mit zu verbessern
453	Breites fachliches Spektrum - spannend!
483	Beendigung des aktuellen Jahres wegen Anrechenbarkeit. Danach unbedingt Wechsel der Fachrichtung.
513	Keine Alternative in dem Sinne, dass die Arbeitsbelastung bzw. Bedingungen in keinem deutschen Krankenhaus ideal sind.
524	Nähe zum Wohnort
525	WB Zeit sammeln und FA werden
532	Aktuell noch kliniktätigkeit in der Weiterbildung notwendig
539	Ausstehende Rotation auf interessante Abteilung
541	Erreichen von Weiterbildungsinhalten (Stationszeit und OP, Phlebo)
555	schnelle Weiterbildung, alle Abteilungen an einem Ort
579	bereits gekündigt, baldiger Wechsel geplant
599	Wechsel für nächstes Jahr von Anfang an geplant, bin lediglich für die Diss hier geblieben
637	Ich bin im letzten Ausbildungsjahr und würde einen Wechsel als KarriereNachteil sehen.
647	super Chef! Chef ist sehr wichtig für das Arbeitsklima.
655	6 Monate nötig zur Anerkennung für den Facharzt
659	Notwendigkeit, Weiterbildung in Klinik zu absolvieren, bei Wechsel ständig erneutes Hintenanstellen, da in der Regel kein fairer Rotationsplan besteht.
679	ausreichende Personaldecke mit mäßigen Überstunden
690	Mangel an einer besseren Alternative
692	Nichts. Ich habe zum 31.12. gekündigt...
695	Ich bin gerade am Arbeitsplatzwechsel da in meiner aktuellen Anstellung es immer schlimmer wird

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

696	In der Region in der ich arbeite gibt es nur wenige freie Stellen
709	Deutschlandweit limitierte Weiterbildung (8 Krankenhäuser)
747	verlässliche Arbeitszeiten
752	Wechsel steht bevor
787	Kündigung geplant
809	Erfüllen der Weiterbildungszeit bzw eines bestimmten Weiterbildungsabschnittes
815	hoffe auf gute Weiterbildung
852	in anderen Kliniken ist es wohl auch nicht besser...
896	bewerbe mich aktuell anderweitig
899	sehr nette Oberärzte, Notwendigkeit erstmal ein bisschen Erfahrung zu sammeln
921	Abschluss des klinischen Abschnittes der Weiterbildung
944	Nichts
946	Einmal begonnen ist ein vorzeitiges Ende nicht möglich, weil sonst die Inhalte im Weiterbiödnungskatalog nicht erreicht werden, da man ca. 3 Jahre nur Standardarbeit macht und danach langsam neues kennenlernen
994	Noch fehlende Rotationen an anderen Häusern in der Umgebung nicht sinnvoll möglich
999	Notwendigkeit zur Weiterbildung
1062	fehlende Alternativen mit guter Perspektive
1070	Schulden aufgrund Studienkredit sowie teurer Wohnraum anderswo
1093	Arbeitsplatzwechsel steht in 8 Monaten an
1103	die netten Assistenzarztkollegen
1135	Meist nettes Team, aber trotzdem oft schlechte Arbeitsatmosphäre
1144	Ich habe aufgrund der desolaten Situation gekündigt
1145	Die Arbeitsbedingungen sind in fast allen Kliniken schlecht, man wählt zwischen Pest und Cholera. Im Bewerbungsgespräch werden falsche Fakten geliefert.
1156	Schwangerschaft
1164	Gefühl, dass Bedingungen überall gleich schlecht sind
1180	Teilzeitstelle 80% mit 4tage Woche plus Diensten
1234	Die Arbeitsbedingungen waren so schlecht, dass ich gekündigt habe
1256	Keine besseren Arbeitsbedingungen in anderen Krankenhäusern
1269	Stadt
1271	Mich hält nichts
1281	Es fehlt eine Alternative Idee bzgl Arbeitsstelle/Fachrichtung wo es besser wäre.
1287	Werde gerade operativ ausgebildet
1298	Schwangerschaft
1337	Nähe zu den Bergen.
1350	Zwang in bestimmte Abteilung zu rotieren
1353	Auf dem Papier werden noch fehlende Weiterbildungsinhalte bescheinigt
1367	Zeitmangel f . Neubewerbungen
1371	Notwendige Weiterbildung
1373	ein Wechsel ist geplant
1382	Ich habe gekündigt
1392	Nichts, ich wechsele demnächst.
1416	Breite, unkomplizierte Rotationsmöglichkeit in der Inneren Medizin
1418	Vorgeschieden Weiterbildung für den Facharzt, mir fehlen immer Koch massiv viele abotwensige Untersuchungen (z.B. Sonografien)
1432	Op Katalog
1449	Nicht! Ich habe innerlich gekündigt und suche bereits nach Alternativen
1462	2
1480	Weiterbildungsordnung sieht Klinikätigkeit vor
1488	angebotene Spektrum mit Thoraxchirurgie
1517	Bereits gekündigt
1533	nichts mehr
1544	bedingungen sind überall schlecht
1560	mag meinen Job
1582	Ende der klinischen Weiterbildungszeit greifbar nah
1592	Abzuleistende Weiterbildungszeit und keine adäquate Alternative in der Umgebung
1599	Pflichtteil der Weiterbildung beträgt mind. 18 Monate im KH
1606	Nichts. Ich habe gekündigt.
1624	Nichts, habe gekündigt
1628	nichts
1637	Ich schließe die zwei Jahre Klinik dort ab und gehe weiter.
1652	Ich möchte für das letzte Jahr vom Facharzt nicht mehr wechseln und befürchte, dass andere Krankenhäuser keine wesentlich besseren Arbeitsbedingungen bieten können. Dies vermute ich nach etlichen Gesprächen mit Kollegen/Freunden, die in anderen Häusern arbeiten.

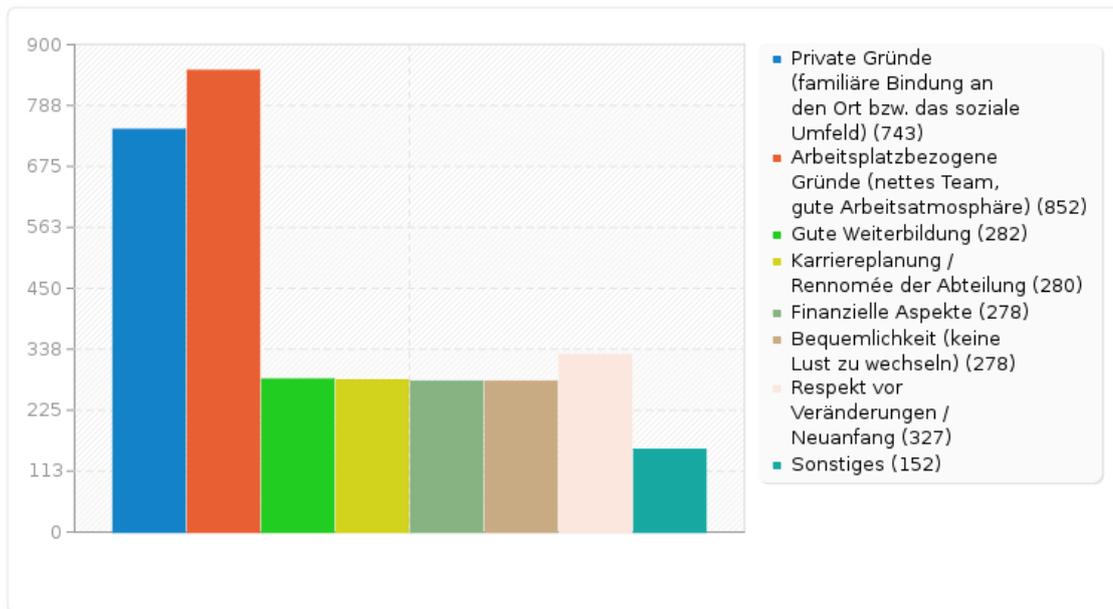
Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

1672	Habe gekündigt
1681	Vorgeschriebene Weiterbildung
1698	aktuell WEchsel geplant
1699	Kündigung erfolgt
1701	Zuerst ausführliche Einarbeitung abwarten. Sowie die Ungewissheit, wo es wirklich besser ist. Dies merkt man oft erst genau nach Monaten.
1712	Gleitzeitmodell
1764	Tolles Team
1785	mangelnde bessere Alternative in der Umgebung
1838	Weiterbildungszeit nur noch 3 Monate
1850	keine anderen Stellenangebote durch den dichten Markt
1852	Bald endlich im Nadelöhr Intensivstation (Nächter in der Warteliste)
1869	ich bin an meinen Arbeitsplatz nicht gebunden, er ist nur eine Station in meiner Weiterbildung
1886	Allgemeinpädiatrie mit sich häufig wiederholenden Fällen ist gut für Einstieg in mein klinisches Arbeiten
1957	fehlende Gewissheit, ob sich an einer anderen Arbeitsstelle etwas ändern würde
1961	Momentan keine freie Klinikstelle Dermatologie (ich suche Klinik mit größerem Spektrum) trotz Bewerbungsverfahren -> bisher frustriert
2012	Stellenwechsel ist schon geplant z7mEnde der 2 jährigem Weiterbildungsbefugnis
2017	Gerade erst gewechselt
2020	Notwendigkeit für die Weiterbildung
2041	gerade gekündigt und in eine Praxis gewechselt
2071	Nichts
2075	Rotationsplan
2112	Weiterbildungsplatz vorhanden
2163	Verbundweiterbildung
2199	Bis ende der Weiterbildung zunächst noch 1-2Jahre im gleichen Klinikum, dann neues Arbeitsumfeld
2232	Ich gehe halt hier im Ort auch in eine Praxis
2257	Deutlich schlechtere Bedingungen beim vorherigen Arbeitgeber
2259	Momentan keine andere Stelle, Gefühl nicht gleich aufgeben zu wollen
2264	bereits gekündigt
2286	Weiterbildung in einer Zusatzweiterbildung
2294	Facharztabschluss
2308	Restzeit meines Arbeitsvertrages abarbeiten. Da ich die Frechheit besaß zwischenzeitlich schwanger zu werden, werde ich keine Vertragsverlängerung bekommen!
2316	Neubewerbung aus bestehendem Arbeitsverhältnis erschwert
2351	weiterbildungsposten in logbuch abhacken können
2371	Habe gekündigt
2372	Wartezeit auf die Rotationen um den Common trunk abzuschließen. Im 4ten JAHR!!!!
2396	Einzelne Kollegen mit denen tatsächlich gelebter Teamgeist besteht sowie die Tatsache, dass ein vorzeitiger Arbeitsplatzwechsel zum verweigern von erreichten Weiterbildungszielen (Stichwort: Abhängigkeit) führt.
2401	Fachrichtung
2422	Wechsel steht bevor
2428	Facharztausbildung
2448	Der Arbeitsweg ist angenehm.
2451	Wechsel der Abteilung bereits organisiert
2473	War Einstiegsjob, hierfür umgezogen. Aktuell gekündigt.
2521	Wer garantiert, dass in einem anderen Krankenhaus besser Arbeitsumstände bestehen?
2532	ich bin dabei die Stelle zu wechseln
2547	Geplante Schwangerschaft
2565	Notwendigkeit der klinischen Weiterbildung
2587	Trotz aller Widrigkeiten ist es nett mit den Kollegen, va aus anderen Fachabteilungen und der Pflege und Therapeutenteam zu arbeiten. Die Atmosphäre auf Station oder in der Notaufnahme ist meist sehr gut.
2606	Ausbildung in bestimmten Bereichen ist nur in diesem Haus möglich
2608	Mangel an personal
2638	unbefristete Stelle
2692	„Anderswo ist es auch nicht besser ...vielleicht sogar noch schlimmer...“
2696	Keine Zeit nach Alternativen zu suchen
2710	Großer Lerneffekt

Feld-Zusammenfassung für Z4

Was hält Sie vor allem an Ihrem Arbeitsplatz? Was ist/sind aus Ihrer Sicht der/die wichtigste/n Aspekt/e, welche/r Sie an Ihren derzeitiger Arbeitsplatz bindet/bindet?



Feld-Zusammenfassung für Z5

Was muss sich ändern, damit Sie an Ihrem Arbeitsplatz von guten Arbeitsbedingungen sprechen können?

Antwort	Anzahl	Prozent
Antwort	584	40.64%
keine Antwort	853	59.36%

ID	Antwort
24	kkkk
30	Die Personalabteilung muss besser werden: Abrechnungen sind regelmäßig fehlerhaft. Ebenso Urlaubsplanung und Fortbildungsplanung. Gleichzeitig werden nur dem ärztlichen Personal geleistete Überstunden nicht anerkannt - beim nicht-ärztlichen Personal werden diese natürlich ausgeglichen. Bei Personalknappheit muss trotzdem die volle Kapazität erfüllt werden, während bei Pflegemangel Stationen geschlossen werden können.
31	Überstunden dokumentieren, Intensivere Oberärztliche Betreuung,
34	Gleiche Karrierechancen für Männer und Frauen, unbefristeter Vertrag
37	Faire Zeiten und mehr Geld !
39	Abbau der Hierarchie Bessere Zusammenarbeit zwischen den Fachabteilungen
46	Oh je, wo soll ich anfangen... sprengt wohl den Rahmen, tut mir leid.
51	Einhalten und kontrollieren des Arbeitszeitgesetzes!!! Wir verstoßen seit Monaten geplant (keine akute Krankheit etc.) gegen das Arbeitszeitgesetz (ja, das geht trotz opt-out-Regelung mit durchschnittlich 60 Std/Woche!) und die Personalabteilung oder der Chefarzt handelt nicht, weil es zumindest in Mecklenburg-Vorpommern scheinbar nicht kontrolliert wird!!! Laut dem Chefarzt sei dies in andern Bundesländern, wo er zuvor tätig war, üblich gewesen und "wundert" sich, dass dieser Umgang mit dem Personal hier möglich ist!!! Mal ganz abgesehen von den 4 klinikinternen Fortbildungen (davon 2 von mir gehalten) in 1,5 Jahren Weiterbildungszeit bei 4 pädiatrischen Assistenzärzten ...
53	Besser strukturierte Weiterbildung, weniger Arbeitsbelastung ohne auf Teilzeit reduzieren zu müssen.
58	Ausreichend Personal, um Arbeit in der Regelarbeitszeit zu schaffen sowie Möglichkeit der eigenständigen Weiterbildung zu interessanten Fällen in der Arbeitszeit.
66	Bessere Kommunikation innerhalb des gesamten Teams (ärztliche und nicht ärztliche Mitarbeiter); besserer Umgang mit Fehlern; bessere Weiterbildung (bzw. überhaupt Weiterbildung); Bezahlung der Pflichtfortbildungen
69	Mehr kollegialer Austausch
75	Verminderter zeitlicher Druck und weniger Stress.
79	Das Pflegepersonal muss dringend wieder motivierter und mit mehr Spaß bei der Sache sein! Das Stresslevel muss abnehmen, z.B. durch mehr Zeit für Maßnahmen und Gespräche. Jedem sollte sein Aufgabengebiet klar sein, damit Arbeitsteilung richtig funktioniert. Das Miteinander sollte unter dem Gebot der "gegenseitigen Rücksichtnahme" laufen und nicht nach "wer am meisten motzt, muss am wenigsten tun". Ich möchte wieder klar wissen, wie der Beruf als Arzt definiert ist und mich damit identifizieren, Menschen bei ihrem Gesundheitserhalt zu helfen. Ich weiß, dass Ressourcen knapp sind und man haushalten muss. Aber wie kann ich einerseits am Gesundheitssystem sparen wollen und gleichzeitig das Umweltsystem konsequent und politisch motiviert überbelasten. Ich möchte in meiner Rolle als Arzt nicht weiter eine Doppelmoral mittragen, die ein privates Unternehmen als modern und attraktiv verkauft. Das Gesundheitssystem sollte in staatlicher Hand mit extern-objektiver Kontrollinstanz verwaltet werden.
90	Mehr Zeit für Patienten Mehr Vollzeitkräfte
96	Mehr Entlastung der Assistenzen bzgl. administrativer Aufgaben. Mehr Case-Manager (eine für 40 Patienten ist zu wenig). Mehr sinnvolle Digitalisierung (zb digitale Kardex)
103	Weniger Arbeit an Wochenenden, mehr Kollegen
116	Mehr Zeit für Patienten, mehr Zeit, die Patienten zu besprechen, Einhaltung der arbeitsrechtlich festgelegten Arbeitszeit, eine Mittagspause, keine 24 h Dienste, in denen man alleine bis zu 50 Patienten sieht und der einzige Arzt/Ärztin im Haus ist. Mehr

	Fortbildungen, mehr Möglichkeiten, operative Eingriffe zu lernen.
117	Mehr fähiges Personal
119	Geringere Wochenarbeitszeit
	Wertschätzung durch Vorgesetzte
	Fortbildungsmöglichkeiten & Mehr Teaching im Alltag
120	Derzeit teilzeit, da mehr nicht ginge. Belastung zu hoch, zu intensiv, zu viel Überstunden. De facto so natürlich nur 70%gehalt. Weiterbildung und "nachlesen" alles in Freizeit. Ich fände v.a. zum berufseinstieg 30h-woche bei vollem gehalt fair. Das liegt zu beginn lt. Tarifvertrag wirklich niedrig. 70% = 1500€/Monat.
131	Work-Life-Balance Faire Vergütung - mehr Teaching- Mehr Coaching, nicht das Gefühl "Premiumsekretär" zu sein. Mehr Medizin weniger Organisation
147	geringere Dienstbelastung (Anzahl der Dienste und Belastung in den Diensten)
150	Mehr Personal weniger Zeitdruck und somit Zeit für Weiterbildung
160	Regelmäßige interne Weiterbildungen. Die Bereitschaft der Vorgesetzten etwas beizubringen. Durch den hohen Personalmangel kam es über Jahre zu immer wieder wechselndem Personal, sodass die Kollegen keine Lust mehr haben Zeit zu investieren, wenn man sowieso die Klinik wieder verlässt.
171	Arbeitszeit, bessere Ausbildung
181	Arbeitszeiterfassung mit zumind. Ausbezahlung der Überstunden finanzielle Unterstützung der Fortbildungen offene Fehlerkultur reglementierte Pausen
184	Mehr Personal, auch in der Pflege/Assistenz zur Reduzierung nichtärztlicher Tätigkeiten
193	S. vorherige Fragen
194	Weiterbildung, rotationsmöglichkeit
198	Weniger Zeitdruck, weniger Überstunden, mehr Personal, bessere Ausbildung
213	geringere Arbeitsbelastung, weniger Dienste, mehr Zeit sich außerhalb der reinen Patientenversorgung in Forschung, Lehre etc. einzubringen, bessere Förderung von Fortbildungen
214	Noch mehr Personal um das hohe Patientenaufkommen zu kompensieren (pflegerisch wie auch ärztlich)
215	Mehr Personal, um Aufgaben aufteilen zu können
222	Personalmangel sowohl ärztlich als auch nicht ärztlich muss behoben werden
232	Bessere Kommunikation, Aufgabenverteilung
233	Mehr ärztliches Personal mit Erfahrung
238	Für gute Arbeitsbedingungen brauch es meiner Meinung nach einen besseren Personalschlüssel, so dass es nicht zum zu häufigen "Dienste übernehmen"/"Einspringen" kommt und damit ein sicheres Arbeiten gewährleistet werden kann und nicht Anfänger in Facharzt narkosen gesteckt werden müssen, wo sie überfordert sind und Fehler passieren oder man mit einem sehr unsicheren Gefühl nach Hause geht; mehr Zeit für die Weiterbildung (in meinem Dienstplan (meine Abteilung bietet ca. 1x im Monat Fortbildung für Youngster an, das letzte Mal, dass mich der Dienstplan daran teilnehmen ließ war vor 1 Jahr!) aber auch im Dienstplan der Lehrenden: die Lehre von oberärztlicher Seite geht im Alltag völlig unter, da sie dazu keine Zeit haben oder auch so unter Stress stehen, dass die Muße dazu fehlt. Es ist eine Seltenheit, dass Diagnosen/Narkosen besprochen werden, man muss dieses sehr aktiv einfordern, sonst passiert es nie. Lehre wird in Deutschland leider nicht honoriert im Alltag und hat kaum Bedeutung. In den USA (PJ-Erfahrung) ist die Lehre fester Bestandteil und wird häufig motiviert und engagiert umgesetzt. Das würde ich mir sehr für meine Arbeit in Deutschland wünschen und ich glaube, dass eine motivierte Lehre im Alltag auch zu weniger Frustration unter Assistenten führen würde. Ich würde mir wünschen, dass dadurch wieder häufiger die Begeisterung zurück kommt, wegen der man sich vielleicht für dieses Fach entschieden hat, und die im Alltag aus Wechselzeiten und Dokumentation häufig untergeht.
243	Höherer Personalschlüssel auf Seiten der Ärzte, sodass Assistenten in Zusammenarbeit mit Oberärzten arbeiten und lernen können. Aktuell übernehmen Oberärzte/Chefarzt stationsärztliche Aufgaben da Dienste sonst nicht zu besetzen sind. Möglichst auch mehr Fachärzte, damit Hintergrunddienste besser besetzt werden können, und die "Klinikflucht" der Fachärzte aufgrund der Dienstbelastung begrenzt bleibt und die Qualität der Weiterbildung steigt. Schwestern/Pfleger werden dringend benötigt. Zudem wünsche ich mir mehr Verständnis und Einblicke seitens der Geschäftsführung in den Klinikalltag, da viele realitätsfremde Entscheidungen getroffen werden.
245	Bessere einarbeitung, weiterbildung, mehr personal. Das gefühl, dass es darum geht mit Patienten den richtigen weg für sie zu finden noch op zahlen zu erfüllen. Respektvoller umgang im team, interdisziplinär und mit patienten und angehörigen. Medizin statt

	betriebswirtschaft.
246	Weniger Zeitdruck, bessere Einarbeitung als Berufsanfänger, weniger Schichtdienst, mehr Anerkennung durch OA wenn mal was gut läuft (Lob für guten Brief ...)
248	Mehr Personal, weniger Wochenstunden
252	mehr Personal bei Ärzten und Pflege, bessere technische Ausstattung, funktionierendes IT-System
254	Registrierung von Überstunden und Ausgleich im Freizeit, weniger Dienste bzw. bessere Bezahlung bei mind. 75 % Arbeitszeit in Bereitschaftsdienste, bessere personelle Besetzung, Weihnachtsgeld, geordnetere Strukturen im Stationsalltag, Stationssekretärin, Pflegepersonal sollte wieder mehr Aufgaben übernehmen (z.B. Röntgenanforderungen eingeben, Viggos legen etc....)
257	Bessere teamarbeit, Anerkennung der Leistung
259	- Strukturierte Weiterbildung (Chirurgie = OP-Katalog muss voll werden bis zum Facharzt, und zwar nicht pro forma, sondern so, dass man tatsächlich die angegebenen OPs beherrscht) - Ende der chronischen Personalnot / Ende der Kosteneinsparungen zu Lasten der Personaldecke
261	Modernisierung, mehr Weiterbildung, klares Klinikkonzept - keine Ständig drohende Schließung
263	Reduzierung der Dienstbelastungen, finanzielle Tarifangleichungen
274	Mehr Personal, auch in der Pflege. Die Arbeit wird immer mehr an die nächsten Verantwortlichen abgeschoben. Pflege weiß teilweise nicht mehr weshalb ein Pat. da ist. Als Assistenzarzt ist man in der verzwickten Situation, dass von Oberärzten alles delegiert und von der Pflege an uns aus Zeit mangel weitergegeben wird (Blutentnahmen, Braunülen, Visite ohne Pflegekraft und sogar Vitalzeichen müssen manchmal durch ärztl. Personal erhoben werden!). Wir stehen in der Verantwortung. Statt Aufstockung werden Stellen unbesetzt gelassen.
276	Mehr Personal. Mehr teaching . Konstante Rotationen (kein ständiger Wechsel in den Bereichen alle paar Tage). Das stattfinden einer Einarbeitung.
279	Reduzierung Arbeitszeit / Überstunden Verbesserte Weiterbildung
280	Verbesserte Organisation auf den Ebenen Administration, Kommunikation. Mehr Transparenz hinsichtlich innerbetrieblicher Abläufe. Mehr Zeit für Patienten. Weniger Überstunden. Klarere Strukturen was Einlernen, Weiterbildung, etc. anbelangt. Mehr Angestellte.
282	MEhr Personal, besseres Gehalt, mehr weiterbildungskonzepte
289	Weniger Dienste, bessere Kommunikation untereinander, besserer Chef (Chef ist kein guter „Anführer“, zu weich, wenig Kritik, wenig Kritikfähig, schlechte kommunikationsführung)
290	Arbeitszeit verringern, Bürokratie/Nichtärztliche Tätigkeiten abbauen/auslagern,
294	Geringere Arbeitsbelastung, entspannter Atmosphäre, mehr Zeit für Teaching
300	Bessere Ausbildung, mehr Zeit und Ressourcen für gutes Teaching
306	Mehr Unterstützung durch die Oberärzte, auch und vor allem in Bezug auf die Weiterbildung. Strukturierte Weiterbildung. Besseres Klima im Team durch mehr Kommunikation ohne dass man negative Folgen fürchten muss, wenn man Kritik äußert.
310	Durchgehend ausreichendes ärztliches und nicht-ärztliches Personal sowie ein für die Verantwortung angemessenes Gehalt.
312	Bessere Personalpolitik, Wertschätzung der geleisteten Arbeit, Prozessoptimierung, strukturelles Weiterbildungskonzept, Chefarzt der hinter seinen Assistenzärzten steht
316	Arbeitszeit Modell Mehr Personal Bessere Kommunikation
321	Strukturierte und faire Ausbildung, mehr Personal, bessere Kommunikation, weniger Gewinn gier des Konzerns
322	Besserer Personalschlüssel. Digitalisierung.
326	Weniger Überstunden, bessere Einarbeitung. Aktuell ist es nicht möglich, dass ich als Teilzeitkraft (2 Kinder, 6 und 3) feste Tage arbeiten kann (Kindergarten hat nur an bestimmten Tagen auch nachmittags geöffnet). Das sollte sich dringend ändern um Familie und Beruf gut zu vereinbaren.
331	Die arbeitsmengen
333	Deutlich bessere Personaldecke, bessere Unterstützung durch Pflege, Dokumentare, Arztassistenten, Schreibkräfte ect. (die auch alle unterbesetzt sind und entsprechend nicht ausreichend zur Verfügung stehen).

337	Weniger Bürokratie und mehr Arbeit mit und für den Patienten, weniger für die Kassen oder das Wirtschaftssystem Krankenhaus
338	Bessere Work-Life-Balance (Nachtdienste nicht auf Bereitschaft sondern als Regelarbeitszeit)
340	Die Kommunikation mit den Vorgesetzten müsste mehr auf Augenhöhe erfolgen. Die Vorgesetzten müssten ein echtes Interesse daran haben, den Assistenten fortzubilden, gerade operativ.
342	Zulassung von mehr niedergelassenen Kinderärzte für ambulante Versorgung (bei massiv zunehmendem Bedarf), pädiatrischer KV-Dienst auch wochentags (bisher nur am Wochenende und feiertags für ein paar Stunden), Bessere Akzeptanz der Überstunden (auch unter 1 Stunde und mehr Akzeptanz der Gründe), Technische Möglichkeiten zum Diktieren von Briefen, Lösung des Pflegeengpasses-/mangels in der Klinik
345	Weniger Zeitdruck, weniger Wochenstunden und weniger Tabuisierung vieler Themen wie Work Life Balance, Vereinbarkeit FAMILIE und Dienst, Fortkommen nur durch Ellenbogen Einsatz
349	Mehr Personal, strukturierte Weiterbildung, Fokussierung auf ausbildungsrelevante Tätigkeiten
351	Ansprechpartner und feste Regelungen in Fragen der Teilzeitarbeit. Technische Ausstattung (Telefon und Diktiergerät für jeden Arzt), ruhiger Arbeitsplatz, derzeit im Schwesternzimmer. Weniger organisatorische Arbeiten wie Konsile und Befunde anfordern. Anfallende Arbeit muss während der regulären Arbeitszeit erledigt werden und Überstunden dürfen nicht tägliche Normalität sein.
352	- bessere ärztliche Besetzung - weniger Dokumentation, bzw. Erleichterung bei der Dokumentation durch Digitalisierung - strukturierte Weiterbildung
354	Nichts
355	Weniger Überstunden. Ein digitales Zeiterfassungssystem. Mehr Zeit, sich in der Arbeitszeit Gedanken zu machen/zu belesen/sich auszutauschen, was man genau tut/was der Patient wirklich hat. Eine strukturiert Ausbildung. Eine bessere Kommunikationskultur.
358	-regelmäßige, vollständige Oberarztvisiten -regelmäßiges Feedback -automatische Arbeitszeitregistrierung -Aufnahmestopp bevor eine Überbelegung zu unzumutbaren Zuständen führt (Dreifachbelegung von zweibettzimmern; Unterversorgung von Patienten sowohl von pflegerischer als auch ärztlicher Seite, weil Kapazitäten und Zeit nicht mehr reichen) -strukturierte Klinikabläufe (keine wöchentlich wechselnden Stationsbesetzungen, festgesetzte Sprechstundenzeiten) -ausreichend Oberärzte (bitte nicht nur um allein die Funktion versorgen zu können) oder zumindest Anstellen von Fachärzten -gute pflegerische Stationsbesetzung (nicht nur 1 Examinierte/Examiniertes pro 1-2 Stationen)
360	Reduktion der Arbeitslast durch bessere Organisation/Abbau von Bürokratie und nicht-ärztlichen Tätigkeiten/bessere Stellen- und Dienstplanung,/zusätzliche Assistentenstellen oder Begrenzung der Anzahl betreuter Patienten (Quote) und konsequente Umsetzung einer solchen Strukturierung der Weiterbildung durch Curriculum, Überprüfen des Fortschritts in mindestens halbjährlichen Weiterbildungsgesprächen
362	- Ausgleich der Dienste als Freizeitausgleich - Rotation in die Funktionsabteilungen - bessere Wertschätzung der Arbeit
364	Weiterbildung sollte besser werden
368	Geringerer Workload im Alltag
374	Ich bin sehr indolent, was solche Dinge angeht. Ich finde es momentan nicht wirklich gut, aber auch nicht wirklich schlecht. Als Internist wäre es ja schon schön, wenn es wenigstens auf jeder Station ein Sono gäbe.
376	Mehr personal, geregeltere weiterbildung mit mehr teaching
378	Gezielte Weiterbildung Auch finanzielle Förderung von Fortbildung mehr Zeit für pat/ Weiterbildung im Arbeitsalltag weniger Kostendruck
380	besseres Miteinander, insb. mit den Pflegekräften, Abschaffung der Minusstunden am Folgetag nach nächtlicher rufdienstlicher Aktivzeit durch Einhalten der 11-h-Ruhezeit
381	Mehr Zeit für den einzelnen patienten, angemessene normale Arbeitszeiten, Weiterbildung

	durch teaching, statt learning by doing
383	Adäquate Einarbeitung, ausreichend personal, ethisch korrektes arbeiten.
384	Deutlich Reduzierung der Belastung und hinreichende Personaldecke und alle Aspekte der Basisversorgung zufriedenstellend durchführen zu können.
385	Weiterbildung, frühere Einbindung durch selbstständiges Operieren im OP, weniger Überstunden
391	nichts
396	Fester Rotationsplan Supervision
401	Gehalt
403	weniger Überstunden, mehr ärztliches Personal, mehr Zeit für die Patienten, strukturierte Weiterbildung mit regelmäßiger Rotation nach fairem Plan, flachere Hierarchien mit besserer Arbeitsatmosphäre.
405	Bessere Personalpolitik Bessere Vereinbarung von Familie und Beruf!!!
408	Verbesserte Work-Life-Balance. Bessere Unterstützung durch die Vorgesetzten/durch die erfahrenen Kollegen/Hintergründe. Zumindest etwas Anerkennung für die geleistete Arbeit.
423	Weniger Druck von oben gute Zahlen zu schreiben, weniger Entlassungsdruck, mehr Zeit für die Anzahl der Patienten oder weniger Patienten für die selbe Arbeitszeit um sich pro Patient besser in die Krankengeschichte einzuarbeiten. Mehr aktives Mitarbeiten der Oberärzte in Bezug auf Mitbeurteilung der Medikamente etc.
435	Mehr miteinander weniger übereinander reden, Bessere Weiterbildung mit Supervision Oberarzt immer im Haus Schichtdienst gedoppelt Erfahrene Ärzte in Notaufnahme
436	weitere Assistenzarztstellen
442	Strukturierte Weiterbildung
450	deutliche räumliche Vergrößerung, Modernisierung von Hard- und Software, modernere Arbeitskonzepte, deutlich weniger Arbeitszeit
451	Chefarztwechsel
452	Mehr Personal für den Alltag, mehr Personal im Dienst mit angemessener Bezahlung (keine Ausbeutung mehr); Anpassung der Hardware an den hauseigenen Anspruch, Vorreiter der Digitalisierung zu sein; nichtärztliches Assistenzpersonal für Dokumentationstätigkeiten sowie Blutentnahmen
453	Im Moment bin ich hochzufrieden!
455	Personallücken sollten geschlossen werden, insbesondere gibt es viel zu wenig Fach-/Oberärzte im Haus; klarere Vorgaben zu Weiterbildungsinhalten und mehr Unterstützung dabei die relevanten Fortbildungen/Qualifikationen (z.B. Therapeuten-Ausbildung, EEG-Kurse) zu absolvieren
460	höherer Personalschlüssel, die geplante Besetzung wird nie erreicht bei Berufsverböten (Schwangerschaft) und Krankheitsständen, mehr klinisch, praktische Weiterbildung
464	Mehr Personal und Digitalisierung und dadurch Zeit um die Arbeit annähernd zufriedenstellend bewältigen zu können und das nicht unter extremem Dauerstress
470	Weniger oder keine 24 h-Dienste, ausreichend Personal, mehr Zeit für die Patienten, mehr Pflegepersonal und Pflegehilfpersonal. So könnte das examinierte Pflegepersonal sich auch um anspruchsvollere Tätigkeiten kümmern und viele nicht-ärztliche Tätigkeiten übernehmen, was Motivation schafft beim Pflegepersonal und gleichzeitig Ärzte entlastet
482	Mehr Personal, vor allem in Dienst ein 2. Diensthabender
488	Weniger Dienste.
489	Weniger Zeitdruck bei der täglichen Arbeit, mehr Wertschätzung der Arbeit, bessere Einarbeitung/Weiterbildung, geeignetere Räumlichkeiten, bessere Betreuung durch Fach-/Oberärzte während der täglichen Arbeit
493	Ehrliche und leicht nachvollziehbare Dienstabrechnung (keine falschen Bereitschaftsdienste) Ausreichende Personaldecke (keine Notfallprogramm, wenn eine Kollege schwanger oder krank wird) Weniger Zeitdruck, weniger Bürokratie Weniger Arbeitsstunden pro Woche Mehr Zeit und Unterstützung für Weiterbildung Mehr Teamkommunikation zwischen Physiotherapie, Ärzteschaft und Pflege
494	Bessere Kommunikation, kein ständiges abwälzen der Arbeit auf Assistenzärzte
496	Mehr Personal und strukturierte WB ... feste Rotationen: Sono etc., jeder verlangt, dass man es kann, aber "keine" will es lehren oder zu wenig Zeit.
500	Konsequente Überstundenregelung, verbesserte Kommunikation, strukturelle

	Veränderungen/Optimierungen in den täglichen Arbeitsabläufen
505	Mehr Assistenzärzte, weniger Zeitdruck, bessere Arbeitsbedingung (Digitalisierung, Akten, Abläufe verbessern), mehr operative Ausbildung!!, bessere Einarbeitung
513	Mehr Personal!! Finanzielle Honorierung der Tätigkeiten, die von unserem Krankenhaus getätigt werden. Dann wäre mehr Geld für Personal da. Ein besseres System für die Notfall Versorgung der Patienten im Einzugsbereich. Die Notaufnahme ist zu hoch frequentiert. Bessere Facharztversorgung im ambulanten Bereich, sodass ambulante Untersuchungen auch zeitnah durchgeführt werden können. Ein Weiterbildungskonzept. Strukturierte interne Fortbildungen. Der Funktionsbereich (Innere) muss durchgehend fachärztlich besetzt werden. Und vor allem eine Stärkung der pflegerischen Seite, personell und finanziell.
516	Zeit für Weiterbildung, Voll besetzte Stellen
539	Bessere Personaldecke: Krankheitsfälle müssen kompensiert werden können; Ambulanzrotationen / Rotationen in Funktionsbereiche dürfen nicht (so häufig) gestrichen werden; Freizeitausgleich von Überstunden muss auch praktisch umsetzbar werden; Wochenenddienste sollten durch Freizeit kompensiert werden, nicht ausbezahlt
540	Weniger Dienstbelastung
541	Transparenter Rotationsplan. Transparente Vergabe von Urlaub/FZA ohne dass man sich für jede Abwesenheit bei jeder Rotation der Kollegen deren Vertretungsunterschrift holen muss (für ein und denselben Urlaubsantrag beläuft sich das auf manchmal bis zu 3 Unterschriften, was unnötig und zeitraubend ist). Hier wäre eine Digitalisierung mehr als notwendig anstatt alles auf Zetteln zu beantragen!! Kein Einmischen von Vorgesetzten ins Privatleben. Mehr Unterstützung bei Weiterbildung und Forschung/Doktorarbeit. Arzthelferin, die wirklich alle Termine/"Bürokras" erledigt um die Ärzte besser zu entlasten.
543	- mehr Personal, um die täglichen Dinge, die nicht planbar sind, auch normal stemmen zu können, ohne ständig auf die Uhr schauen zu müssen und mit Druck die Aufgaben zu erledigen - weniger 24-h-Dienste oder in dieser Zeit nicht komplett allein zu sein, v.a. am Wochenende
545	mehr ärztliches Personal und damit mehr Zeit für den Patienten!!!!!!!!!!!!!! Weniger "Papierkram" (Rehaanträge, sonstige Anträge, Dokumentationsbögen) weniger Nacht- und Wochenenddienste um eine bessere work-life-balance zu ermöglichen
546	Work-Life-Balance, Überstundenerfassung und Ausgleich, Einhaltung Pausenzeit
549	Personalschlüssel muss erhöht werden Überstunden sollten elektronisch dokumentiert und ausgeglichen/bezahlt werden Mehr Zeit für Patientenversorgung statt Dokumentation und für engere Kommunikation mit Pflege, da sonst ein immenser Informationsverlust droht und dadurch die Patientenversorgung verschlechtert wird.
554	Reduktion der Arbeitszeit, mehr Personal (derzeit haben wir 4 unbesetzte Stellen sowie zwei Ärztinnen in Mutterschutz)
555	Einhaltung der Pausenzeiten/Arbeitszeiten, (bessere) Vergütung der Bereitschaftsdienste, bessere Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen
560	Arbeitgeber müsste sich insgesamt Mitarbeiter-fördernd verhalten (bessere Arbeitsbedingungen, kein weiterer Personalabbau bei ohnehin überlasteten Abteilungen, mehr Innovation im stationären Bereich, effiziente Digitalisierung, weniger ärztlicher Zeitaufwand für QM...) Aktuell ausschließlich anscheinend Ziel der maximalen Ausbeutung der Arbeitnehmer für Gewinnmaximierung (und das bei einem öffentlichen Träger)...
561	Mehr Personal für mehr Zeit am Patienten. Weniger Dienste, weniger Überstunden, keine 24 Stunden Dienste. Mehr und bessere Ausbildung und Fortbildungen.
564	Weniger Dokumentation, bessere Besetzung (auch nichtärztliche Stellen), mehr Zeit pro Patient, weniger Kostendruck
572	Bessere Teamarbeit, Strukturierte Weiterbildung Genug Personal
576	Arbeitszeit. Weniger Dienste. Bessere Ausbildung, es ist im Moment nicht mehr, als Abarbeiten der Stationsbürokratie - Fließbandarbeit, ohne Zeit sich interessante Fälle näher anzusehen und zu bearbeiten. Auch in Teilzeit MUSS eine gute Ausbildung möglich sein. Mehr Fachärzte!!! An manchen Tagen ist unsere Station nur mit Assistenten, ohne Facharzt besetzt.
582	Mehr ärztliches Personal, sodass mehr Zeit für intensive Arbeit mit den Patienten ist und Zeit für strukturierte und gute Weiterbildung

584	Personalmangel beseitigen Ausreichend Zeit zur Weiterbildung statt Überleben von Tag zu Tag Bessere Organisation der Abteilung (Dokumentation, Arbeitsabläufe etc.)
590	Reduktion der Dienstbelastung und wöchentlichen Arbeitszeit, Reduktion der nicht-ärztlichen Tätigkeit (Arztassistenten und Ambulanzpersonal wird für Überstundenabbau freigestellt, deren Dokumentationsaufgaben wie EKGs und Medikamente abtippen o.Ä. soll spontan von den Assistenzärzten übernommen werden).
598	Bessere Work-Life-Balance, gerechtere Arbeitsverteilung unter den Assistenzärzten, verbindliche Umsetzung von Angeboten (Forschung und so weiter), teils Umstrukturierung von Arbeitsplätzen nach umsetzbaren Kriterien zur Verbesserung der Arbeit und der Patientenbetreuung
599	mehr Personal oder weniger Patient_innen: Also ein realistischer und zwingender Schlüssel, der eingehalten werden muss
601	Finanzielle Vergütung einer strukturierten Weiterbildung, d.h. weniger Dokumentation und arztfremde Tätigkeiten.
609	Weniger Doppeldokumentationen Digitale Patientenakten Mehr Personal Keine Überstunden
614	Weniger Druck wegen MDK und Liegeverweildauer, weniger Bagatelle in der Notaufnahme
615	Man muss von nicht ärztlichen Tätigkeiten entlastet werden durch Einstellung von Assistenzpersonal, z.B. Befunde beschaffen, Telefonate führen, Dokumentation, Arztbriefschreibung. Assistenz bei Diagnostik. Mehr ärztl. Personal, mehr Zeit für Pat.-Angelegenheiten. Mehr monetäre Berücksichtigung von sprechender Medizin.
617	Eine verlässliche Wochenarbeitszeit. Wenn Überstunden anfallen, diese zeitnah abbauen zu können (ist bei uns praktisch nicht möglich). Genug Zeit für die Patienten und Weiterbildung. Nicht immer bei allem hetzen müssen. Weniger Druck von der Verwaltung - kein Arzt bleibt in der Klinik und macht Überstunden weil er nichts Besseres zu tun hat. Mehr Zeit mit erfahrenen Ärzten für Weiterbildung (z. B. Supervision bei der Sonographie). Eine Personaldecke die auch Arbeitsausfälle (Krankheit/Urlaub) kompensieren kann, ohne dass eine Abteilung im Chaos versinkt.
618	Mehr Pflegepersonal damit Ärzte nur wirklich ärztliche Tätigkeiten machen müssen. Elektronische Patientenakte bei besserer edv Struktur. Mehr supervision von Oberärzten. Regelmäßige Weiterbildung. Möglichkeit langsam an inetventionellen Tätigkeiten eingeführt zu werden.
623	Ausreichend Personal in Pflege und Ärzten
630	Strukturiertes Arbeiten, Abschaffung der parallel bestehenden ierarchien bei Ärzte sowie bei Pflege . Verbesserung des Leitbilder Assistentarzt.
632	Insgesamt guter Arbeitsplatz. Noch mehr Zeit wäre wünschenswert.
637	Strukturierte Förderung von Karrierezielen. Wer in die Praxis will brauch eine andere Ausbildung als eine zukünftige Oberärztin. Bisher ist Förderung Glücksache und wenn man dann spontan Oberarzt wird, wird man ohne Einarbeitung oder Förderung ins kalte Wasser geschmissen und das in einem operativen Fach.
640	strukturierte (Fixe rotationen in FUNKtionsbereiche mit oberärztlicher Anleitung) Weiterbildung, ohne benachteiligung von kollegen in Elternzeit und Teilzeit
641	Aktuell bin ich zufrieden. Meine Leben hat sich verbessert, seit ich in der Praxis arbeite.
644	Weniger Überstunden, Dienste, Nachtarbeit. Weniger Zeitdruck, weniger Entlassdruck
645	Vergütung der Überstunden (oder zumindest der Hälfte der geleisteten Überstunden)
647	Bessere Besetzung (Personalabteilung auf Sparkurs) Bessere Betreuung durch Oberarzt (auch da täte ein OA mehr gut)
651	Insbesondere die Kommunikation mit der Führungsebene. Dass Fortbildungen genehmigt werden, dass ein Interesse an WB-Gesprächen besteht und diese auch durchgeführt werden und dabei auch konstruktives Feedback geäußert wird.
654	mehr Personal, Abschaffung von Arbeitszeiten mit mehr als 8 Stunden täglich, unter der Woche Freizeitausgleich für Wochenenddienste, Optimierung von Arbeitsprozessen, gezielte/individuelle Schulung und Betreuung in der Weiterbildung (anlehnend an PJ-Zeit)
655	Mehr Einbeziehung der Assistenten. Praktische operative Ausbildung muss stattfinden, welche momentan erst ab Facharztniveau stattfindet. Geregelte Arbeitszeiten und Übergaben. Weiterbildung mit Zeiträumen zum Bücherstudium/Lernen. Fairer Ausgleich von Überstunden. Möglichst wenig Überstunden. Bessere personelle Abdeckung. Bei Personalmangel Einschränkung von OP Betrieb/Stationen - nicht das volle Programm fahren und den verbleibenden Assistenten die doppelte Arbeit geben.
659	Mehr Personal, bessere Kollegialität, mehr Frauen in Führungspositionen
671	Mehr ärztliches Personal, Digitalisierung, einfache Dokumentation, digitale

673	<p>arztbriefschreibung</p> <p>Mehr Weiterbildung und Unterstützung durch nichtärztliches Personal. Drastische Reduktion der Arbeitsbelastung und Überstunden.</p>
675	<p>Mehr Personal, v.a. pflegerisch sowie ärztlicherseits, um Patientenaufkommen/-versorgung gerecht zu werden</p>
682	<p>Nicht mehr nur ökonomische Aspekte in der Klinik, Zeit sich Patienten zuzuwenden</p> <p>Mehr Wertschätzung, von Patienten, Klinikleitung und von Klinikkollegen</p> <p>Flexiblere Arbeitszeiten</p> <p>Abschaffung 24h Dienssysteme-selbst LKW-Fahrer haben Zwangspausen! Es kann nicht sein dass man 24h am Stück arbeitet. Die Selbstverständlichkeit sich als Arzt widrigsten Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten auszusetzen, muss neu überdacht werden. Keine Berufsgruppe der Welt leistet soviel Arbeitsstunden und Dienste und wird dafür nicht zureichend entlohnt oder erhält Freizeitausgleich.</p> <p>Klinik-Kitas</p>
689	<p>Besserer Schlüssel Fachärzte/Assistenzärzte um Diagnostika auf mehr Schultern zu Verteilen und Ressourcen für Weiterbildung frei zu machen.</p>
690	<p>Mehr Personal</p> <p>Mehr Zeit für das Erlernen der Funktionsdiagnostik</p>
691	<p>Bessere Kommunikation im Team, Team Besprechungen,</p>
692	<p>Einhaltung der Arbeitszeiten. Hierfür ausreichende ärztliche und nicht-ärztliche (Arzthelferinnen, Schwestern) Besetzung. Unkomplizierte Dokumentation von Überstunden / im Idealfall sind keine überstunden nötig. Bessere Kommunikation, stabile Stimmung im Team. Gutes Fortbildungskonzept. Ordentliche Rotationspläne.</p>
694	<p>Bessere Weiterbildung</p> <p>Geringere Arbeitsbelastung</p>
695	<p>Genügend Kollegen damit man nicht 26 Tage am Stück jeden Tag im Krankenhaus Arbeiten muss, und man sich nicht dumme Kommentare anhören muss das es das Los des Arztes ist.</p>
696	<p>- Wandel in der Unternehmenskultur (bessere Führungskultur)</p> <p>- Die Möglichkeit eigene Ideen einzubringen</p> <p>- Respektvoller Umgang miteinander</p> <p>- Es muss Zeit fest eingeplant sein um strukturelle Probleme anzugehen, Ärzte müssen begreifen, dass sie nicht nur für die Patientenbehandlung und Sekretärsarbeiten zuständig sind sondern Team (Assistenzarzt), Gruppen (Oberarzt) und Abteilungsleiter (Chefarzt) darstellen und dementsprechende Management Aufgaben wahrnehmen müssen. Das kann nicht nur "nebenbei" passieren sondern dafür muss Zeit eingeplant sein.</p>
697	<p>- bessere Personaldecke</p> <p>- mehr Mitbestimmung durch die Assistenten</p> <p>- Gleitzeit (in einem gewissen Rahmen)</p>
698	<p>bessere Unterstützung, Ausbildung, Teaching und Mentoring</p> <p>Mehr Feedback</p> <p>mehr Personal</p>
699	<p>strukturierte Weiterbildung</p> <p>Freizeitausgleich für Überstunden</p> <p>Geordneter Tagesablauf mit Vermeidung von zu vielen Besprechungen</p> <p>Feedbackgespräche zur eigenen Entwicklung</p> <p>gemeinsames Brainstorming und Umsetzen von Ideen</p> <p>hübsche Einrichtung auf Station (keine Dreibettzimmer mehr, wo sich dann auch noch 2 Zimmer ein Bad teilen)</p> <p>Zeit und Wertschätzung für Patienten und Angehörige</p> <p>Das Gespräch als wesentliches Werkzeug in Diagnostik und Therapie erfährt Wertschätzung (von Kollegen und auch finanziell)</p>
704	<p>Mehr Zeit für den Menschen / Patienten und eine entsprechende Vergütung, damit man in der Selbstständigkeit leben und seine Angestellten bezahlen kann. Wir wollten ursprünglich mal unser Wissen anwenden um zu helfen, heute dokumentieren und attestieren wir im Akkord (Rezepte, Atteste, Versorgungsamtsanfragen, Rehagesuche, Widersprüche,...) und haben das für das wichtigste, den Patienten-den Menschen- vor lauter Hetze keine Zeit. Ich bin voller Wut, wenn ich unseren Gesundheitsminister nur sehe, laufe aber mit im Hamsterrad, weil ich damit eine Familie ernähre und eine große Verantwortung übernommen habe.</p>
709	<p>Fairer, moderner Führungsstil; ausreichend ärztliches Personal; Abbau der Mitspracherechte nicht ärztlicher Mitarbeiter/Verwaltung, die die Modernisierung der Infrastruktur blockieren; Klinikneubau.</p>
712	<p>Mehr Personal (Ärztlich sowie nicht Ärztlich!), Mehr Teambuilding/Resilienzförderung/kurze Fortbildungsseminare (Fachübergreifend).</p>
724	<p>Vollbesetzung bei Pflege und ärztlichem Personal</p> <p>Strukturierte und gelebte Weiterbildung</p>

728	Ich habe gekündigt, da alle meine Gespräche mit Veränderungsideen (sowohl zur Digitalisierung als auch zur strukturierten Weiterbildung) ins Leere liefen und ich ein Jahr lang als einzige Assistentin auf 4 Planstellen im Routinealltag verheizt wurde. Ich hoffe, dass es an meinem nächsten Arbeitsplatz eine bessere Kommunikations- und Ausbildungskultur gibt!
747	Bessere Kommunikation zwischen Geschäftsführung, Chefärzten, Oberärzten und Assistenzärzten wertschätzender Umgang miteinander Schulung der Oberärzte / Chefärzte in Bezug auf Weiterbildung und soziale Kompetenzen
748	Statt wie aktuell 36 Patienten zu zweit zu versorgen, wäre es schön, wenn 3 Assistenten pro Station eingeteilt wären und möglichst einer davon mehr als ein Jahr Erfahrung hätte.
751	Die Leute die da sind, müssen sich mehr verantwortlich fühlen und nicht stets den einfachsten Weg für sich aus der Sache finden.
752	Ausreichende Besetzung, weniger Dienstbelastung, feste Rotationspläne, bessere Weiterbildung
757	Keine 24 dienste, mehr personal, weniger Überstunden
760	geregeltere Arbeitszeit, Einhaltung der Arbeitszeit lt. Vertrag gute Arbeitsatmosphäre gute Fehlerkultur kurzer Arbeitsweg mehr Anleitung durch Fachärzte Möglichkeit selbst Untersuchungen durchzuführen weniger Dienste/maximal 4 pro Monat geringere Dienstbelastung Anwesenheit eines Facharztes im Bereitschaftsdienst (und nicht nur Hintergrund)
763	Mehr Arztstellen (Assistenten und Oberärzte!), feste Standards (zB im Kreisssaal), Notfallsimulationstrainings, bessere Einarbeitung neuer Kollegen
769	Strukturierung der Weiterbildung, bessere Vergütung der Dienste, Anerkennung erbrachter Leistungen durch Vorgesetzte, Abbau der Arbeitsverdichtung, Abbau des "Dokumentationswahnsinns", uvm
771	Ich wünsche mir, dass man auch Teilzeit arbeiten kann und jeden Tag wirklich früher nach Hause gehen kann und nicht mit allen anderen, die eigentlich Vollzeit arbeiten. Ich möchte jeden Tag meine Kinder früher von der Kita holen, ich fürchte aber, dass es nicht möglich wird.
	Und noch eine Ergänzung: ich habe in der Kardiologie angefangen (da war eine mangelhafte Einarbeitung, ich war ständig alleine auf Station usw.). Danach habe zur Pädiatrie gewechselt und seitdem habe ich zwar viele Dienste, aber kaum Überstunden.
787	- Dienstplan wird bisher nicht vom Betriebsrat kontrolliert! - Respektvollerer Umgang mit dem Personal - 24h-Dienste abschaffen!
790	Mehr Personal, keine fachübergreifende Dienste
794	Mehr Personal!!!!!!
815	- weniger Zeitdruck, wöchentliche Weiterbildung für Assistenten, weniger hoher selektiver Patientendurchlauf, mehr Zeit für den einzelnen Patienten
816	Ausreichende Personaldecke, auch bei unerwarteten Engpässen (z.B. durch Beschäftigung von Honorarärzten).
817	Reduzierung der Überstunden, Verbesserung der Bessetzung, Vereinfachung von Teilzeitmodellen
830	Bessere Strukturierung, bessere Kommunikation. Verstärkung der personaldecke ärztlich und nicht-ärztlich
831	Überstundenreduzierung Mehr Op Zeit Besser strukturierte Tagesplanung- Einteilung
838	weniger druck, mehr zeit für patienten, bessere ausstattung
841	Überstunden müssen zeitnah abgefeiert werden können, Pünktlich Feierabend
842	Geregeltere Arbeitszeiten und Weiterbildung, ausreichende Personalbesetzung.
845	Vollständige Digitalisierung. Ausreichende Materialausstattung.
848	Mehr Personal
849	Weniger Druck, flachere Hierarchie, Gerechtigkeit bei der Einteilung, Abbau der offensichtlichen Geringschätzung der Teilzeitkräfte
850	Faire Dienstverteilung, mehr Gehalt. Gute Ausbildung.
856	mehr Personal Überstundenausgleich

	Oberarztbetreuung
869	Bessere Weiterbildung mit Schwerpunkt auf die praktische Ausbildung. Bessere Kommunikation, abweichen von alten Mustern in Geschlechterrollen und Tätigkeiten.
888	mehr Zeit für Patienten, bessere Kommunikation unter dem ärztlichen Personal, vermehrte Digitalisierung und damit Vereinfachung von Arbeitsprozessen
889	Mehr Personal, strukturierte Weiterbildung, weniger Dienste.
896	- Vernünftiger Umfang an Arbeitsstunden - Einfache, gut strukturierte Arbeitsabläufe (nicht mehr Kurve in Papierform und Akte digital und in Papierform!, Digitales Ausfüllen von Reha-Anträgen und anderen Formularen etc.) - klare Planung der Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen - Zusicherung der Intensiv-Rotation im Rahmen des chirurgischen Common Trunk
899	- weniger Dienste und mehr freie Wochenenden: Ich muss jedes zweite Wochenende durcharbeiten, der freie Montag danach wird mir von meinem eigenen Überstundenkonto abgezogen - bessere Dienstplanung, d.h. keine Früh- auf Spätschichten und keine Nachtschichten, die bereits um 14:30 beginnen, sondern erst um 22 Uhr. Dann könnte man z.B. wie ich das von einem Freund aus der Schweiz gehört habe auch sieben Nächte am Stück arbeiten und dann sieben Tage zur Kompensation frei bekommen. Das wäre auf jeden Fall ein zusätzlicher Anreiz, nachts zu arbeiten. - eine bessere Organisation der Fortbildung. Ich rotiere ständig zwischen OP, Station und Notaufnahme ohne klar erkennbares Konzept - die Möglichkeit, unbezahlten Urlaub zu nehmen (z.B. für die Fertigstellung meiner Dissertation) - eine deutlich bessere technische Ausstattung: Jeder sollte einen eigenen festen Arbeitsplatz mit einem eigenen Tisch haben, neue Tastaturen und Sitzmöbel - eine intelligente EDV, die Arztbriefe so weit es geht automatisch erstellt ohne dass man alles dreimal abtippen muss - die Möglichkeit, die gesetzlich vorgeschriebene halbstündige Pause auch wirklich zu nehmen. Momentan schenke ich jeden Tag meiner Klinik 30min Überstunden, weil es mir auf Station noch nie gelungen ist, die Pause wirklich zu nehmen. Ich habe noch nie die Kantine von innen gesehen. Selbst wenn, würde man wahrscheinlich per Telefon sofort weggerufen werden.
903	Mehr Personal!!!!
910	mehr fachärztliche Betreuung nur 1x/ Wo Visite mit Facharzt/ meist Chefvisite. Rücksprache an anderen Tagen oft nur zwischen Tür und Angel
917	Mehr Personal auf ärztlicher Ebene
921	Mehr Personal und damit einen besseren Arzt-Patienten-Schlüssel, somit auch mehr Zeit um wichtige Aspekte in der Patientenversorgung zu lernen. Regelmäßige Visiten/Kurvvisiten durch Oberarzt und Chefarzt (bisher kommen solche Visiten je nach Personalstand vielleicht alle 2 -3 Wochen einmal vor, es sei denn ich bin im Freizeitausgleich n Ach dem Dienst und solche, für die Ausbildung wichtigen Visiten finden ohne einen statt), besseres kollegiales Miteinander und nicht wie aktuell, dass jeder einzelne für sich kämpft und noch die Arbeit auf andere abgeschoben wird.
924	Technische Ausstattung, Räumlichkeiten und Medizinprodukte müssten auf den neuesten Stand gebracht werden
927	besseres Personalmanagement und dadurch bessere Dienstzeiten (13 Dienste pro Monat sind einfach zu viel!!)
937	Bessere Weiterbildung, Fairness, gerechte Verteilung der Arbeit, Ideale Nutzung der digitalen Mittel, damit Dokumentation einfacher wird
938	Die Belastung in den Bereitschaftsdiensten und die Überstunden Anerkennung
946	Weniger Dienste. Digitalisierung der Patientenakte. Anerkennung und Lob von Vorgesetzten. Feste Rotation die durch ständigen Personalmangel nicht immer unterbrochen wird. Zeit und Geld für Weiterbildung. Bessere Anerkennung und Umsetzung von Änderungsvorschlägen.
950	Die tägliche Belastung muss sich ändern, damit wieder eine adäquate Patientenbetreuung möglich ist und die eigene Gesundheit gewährleistet werden kann, zudem eine bessere Planung und rechtzeitige Vergabe der Dienstpläne und Rotationen
956	Mehr Assistenzärzte, um notwendige Freiräume für die Weiterbildung zu schaffen. (Zeit für Sono, Interventionen...)
965	Ein guter Umgang der Oberärzte mit den Assistenten, eine geregelte Rotation und Besetzung, klinikinterne Fortbildungen, eine ausreichende Einarbeitung, geringere Arbeitsbelastung durch mehr Personal, ein Zeiterfassungssystem um Überstunden

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

	automatisch dokumentiert zu bekommen
968	Nichts.
972	Dienste müssen ausreichend besetzt sein, Arbeitszeiten müssen eingehalten werden
977	Nichts
981	Weniger Dienste, mehr Fachärzte z. Zt. 3 Fachärzte für 12 Assistenzärzte zuständig
993	Wertschätzung. Bürokratieabbau. Strukturierte Weiterbildung.
994	Angemessene Personalplanung sowohl im ärztlichen wie auch nichtärztlichem Bereich Möglichkeit sich im Wunschbereich auch explizit weiterbilden zu können Vereinbarkeit Familien und berufliche Tätigkeit
999	Verringerung der Arbeitszeit, sowie vor allem der extremen Arbeitsdichte
1004	Die IT sowie eine noch deutlich verstärktere Abdeckung mit medizinischem Hilfspersonal für Schreibtischarbeiten (Visitendokumentation, Rezepte vorbereiten, Telefonate, Termineintragungen, Schreibbüro für Arztbrief-Diktate).
1005	Weniger 24h Dienste. 6/Monat sind nicht dauerhaft zu leisten. Gleichbehandlung von Assistenten verbessern.
1021	Wird es für mich in Deutschland nicht geben. Halte ich für unrealistisch. Daher bald Wechsel ins Nördliche Ausland.
1031	Kommunikation zum Chef d.h., sich einbezogen fühlen, besserer Personalausstattung
1032	Eine adäquate Ausbildung müsste gewährleistet werden
1033	Mehr Personal, weniger Dienste
1036	Arbeitsklima, zwischenmenschliche Kommunikation verbessern
1039	- klar strukturiertes Weiterbildungskonzept mit sämtlichen Inhalten der Weiterbildung, nicht nur der für Dienste relevanten Fähigkeiten
1050	Geringere Arbeitsbelastung
1058	weniger Überstunden, Pausenmöglichkeiten strukturierte Weiterbildung
1062	klare Rotationszeiten, mehr geschützte Forschungszeit, mehr Feedback von oben, Vergütung von Überstunden
1065	Geregelte Arbeitszeiten Weniger Zeitdruck Mehr Ausbildung Weniger betriebswirtschaftliche Zwänge Weniger Wochenenddienste
1067	Chef muss wechseln, mehr Personalreserven damit nicht zu 4. Die Hausdienste besetzen
1069	Mehr teilzeitmöglichkeiten, mehr Personal Ärztlich und Pflegerisch, strukturierte Weiterbildung, mehr QM zu Fehlermanagement, dienstausgleich als Freizeit, 3-Schicht- System statt 24h,
1070	Mehr Personal. Die Hauptfehlerquelle in unserer Klinik ist der große Zeitdruck aufgrund eines sehr hohen Patientenaufkommens.
1080	Mehr Personal Bessere Einarbeitung Vernünftiger Chefarzt
1086	Insb. das Arzt-Patientenverhältnis, aktuell zu viele Patienten/zu viel Arbeit für zu wenig Ärzte. Dadurch entstehen patientengefährdende Situationen.
1093	Mehr ärztliches Personal und weniger Überstunden!
1099	-weniger Sekretärstätigkeit (Dokumentation im Allgemeinen; Abheften von Dokumenten in Akte; im Dienst kein Pflegepersonal für Notfallpatienten vorhanden, Aufnahme -> KK-Karte einlesen, Unterschriften für die Aufnahme muss alles der Arzt erledigen) -nur bei voller Besetzung gute Arbeit am und mit dem Patienten möglich -> volle Besetzung kaum vorhanden, da immer jemand krank, im Urlaub, auf Fortbildung etc. - Teaching fehlt; kaum die Möglichkeit von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen zu profitieren/zu lernen
1102
1104	Mehr ärztliches Personal, kontrollierte Weiterbildung, insbesondere operativ, weniger belegärzte
1106	Mehr Assistentärzte, die dienstfähig sind. Eine medizinisch orientierte Geschäftsführung.
1107	Mehr ärztliches Personal
1111	Bessere Personalplanung (vorausschauend, nicht so knapp besetzt) verlässliche Dienstplanung, strukturierter e Weiterbildung
1112	Anderes Dienstplan-Modell. Wäre aber teurer als das Gegenwärtige und kann daher nicht umgesetzt werden
1114	Überstunden sollten dokumentiert werden dürfen. Der Chef sollte ein pünktliches Nachhausegehen nicht missbilligen. Es sollte nicht negativ angesehen werden in den Urlaub zu fahren. Fortbildungen sollten finanziell unterstützt werden. Kongressbesuche mit eigenem Beitrag sollten als Dienstreise angemeldet werden dürfen und nicht nur mit Freizeitausgleich

	gestattet werden.
1115	Weniger schwerst kranke Patienten, die regelmäßigen versterben. Mehr Zeit für Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. Bessere Einarbeitung in die organisatorischen Abläufe
1116	deutlich weniger Mehrarbeit fester Arzt/ Patienten Schlüssel mit entsprechend besserer Besetzung -> mehr Zeit für die Patienten/ Weiterbildung/ Sorgfalt
1117	bessere fachärztliche Versorgung
1126	Die Möglichkeit in 50% zu Arbeiten oder keine Überstunden. Außerdem die richtige (!) Einstufung, nicht wie ein Berufsanfänger bezahlt werden, wenn man 8 Jahre Erfahrung hat. Diese falsche Eingruppierung ist Gang und Gebe in vielen Häusern.
1129	Fairer Umgang mit Mehrarbeit, klares Fehlermanagement
1131	Weniger Zeitdruck
1135	-Mehr Personal (ärztl/nichtärztl.). Mehr Fachärzte. - oder Weniger Patientenaufnahmen/-entlassungen pro Tag (wenn nicht mehr Personal). - Dienstsysteem in der Kinder-und Jugendpsychiatrie (Ab 18.00 bis morgens um 8.00 sind Pädiater auch für psychiatrische Notfälle zuständig. Sehr belastend, da Päd-Assistenten „ungelernt“ sind) - Mehr Zeit für interne Fortbildung - Fallbesprechungen mit Assistenzärzten
1138	mehr Personal
1144	Strukturierte Besprechungen und ein fundiertes Weiterbildungsangebot anstatt nur "Löcher stopfen" Weniger nicht ärztliche Tätigkeiten zB mithilfe von Stationssekretäre
1145	flexiblere Arbeits- und Urlaubszeiten, langfristige Planung von Einsätzen (nicht erst den Dienstplan eine Woche vor Einsatz bekommen), regelmäßige Feedbackgespräche, gute Weiterbildung durch Oberärzte, regelmäßige OP Trainings am Simulator
1151	Feedback, gute Lehre, Oberärzte die etwas beibringen wollen
1163	Wertschätzende Kommunikation!
1168	Die Arbeitsbedingungen sind immerhin besser als woanders. Dass sie nicht optimal sind, wird von vielen ja als Norm angesehen. Ich hätte mir ja schließlich den Job ausgesucht... für mich heißt das wahrscheinlich eine Weile mitmachen als Berufsanfängerin, später aber die Arbeitszeit reduzieren oder in den ambulanten Bereich gehen.
1172	Digitalisierung Weiterbildung Mehr Personal
1179	Strukturierte Weiterbildung, organisierter Tagesablauf von Pflegepersonal, geregelte Arbeitszeiten, Ausgleich der Überstunden
1180	Bessere Organisation der Dienste. Zb feste Rotationen für einen Monat in die Rettungsstelle anstatt einzelner Dienste
1188	mehr ärztliches UND nicht-ärztliches Personal, anderes Vergütungssystem für Krankenhäuser (keine DRGs mehr), vollumfassende und automatische Erfassung von Mehr- und Überstunden ohne Rechtfertigungszwang
1202	Strukturierte curriculum
1209	mehr Kollegen, insb. zur Überbrückung von Elternzeiten und anderen Ausfällen, weniger regelmäßige Überstunden, geringere Dienstbelastung, Anerkennung durch Vorgesetzte
1213	Personal > Arbeitszeit
1216	Weniger ökonomischer Druck der von Oberärzten auf Assistenten gedrückt wird. Bei Fehlern nicht bloßgestellt werden die man begeht weil man nicht richtig eingearbeitet wurde. Mehr Zeit für Weiterbildung!
1221	Umstrukturierung der Klinikabläufe zur Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeiten
1225	- bessere Einarbeitung - Mehr Standards und diese schriftlich dokumentiert - weniger Dienste, mehr Stationsarbeit und damit mehr Zeit zu lernen und mehr Kontinuität - mehr Personal
1229	Weniger Belastung in der Rufbereitschaft, Bessere Organisation und Zusammenarbeit mit der Pflege
1236	Mehr Zeit für die Patienten, Zeit für eine Fallbesprechung mit dem OA/ der OÄ. Einigermaßen geregelte Arbeitszeiten, eine Mittagspause. Auch Weiterbildung in kleineren operativen Eingriffen.
1237	Mehr Betreuung durch einen Oberarzt, weniger Sekretärin Arbeit, mehr Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen, mehr Personal.
1238	mehr Personal!!!
1240	Bessere Personaldecke. Bessere Personalqualität Weniger dienste

	Bessere Weiterbildung bzw. überhaupt Weiterbildung
	Bessere Stimmung im Team
	Bessere Ausstattung
1243	Weniger Druck, mehr Miteinander, mehr Verantwortung der Ober- und Chefärzte, mehr Verantwortung der Pflege (weisen auch oft vieles den Assistenten zu)... ich habe zeitweise Plätze im Altenheim organisiert, weil der Sozialdienst überfordert war, mehrmals habe ich auch Patienten von der Toilette oder Bettpfanne abgewischt, weil niemand kam, Physiotherapie wusste oft nicht was sie dürfen und haben lieber gar nichts gemacht... alle hatten Angst sich zu überarbeiten, kompensiert haben es die Assistenzärzte
1245	Mehr Personal, mehr Zeit, mehr Weiterbildung
1250	Bessere Weiterbildung, regelmäßige Fortbildungen in der Klinik und diesbzgl. Unterstützung/Wissensweitergabe durch Oberärzte
1255	Weniger Überstunden, mehr Personal, weniger ausführliche Briefe.
1259	-Respektvollerer Umgang zwischen den Abteilungen (Chirurgie-Anästhesie), besonders unter Ärzten -ChA der hinter einem steht -immer größerer Zeit und Effizienzdruck im OP: aus Sicht der Chirurgen und OP-Management ist die "Wechselzeit" keine Arbeitszeit der Anästhesie sondern nur Zeitverschwendung --> deutliche Geringschätzung -besser ausgebildete Vorgesetzte
1262	Mehr Zeit pro Patient, Wertschätzung durch Vorgesetzte, weniger aufwändige Arbeitsabläufe (z.B. durch Einführen einer elektronischen Patientenakte, Reduktion der Dokumentation), mehr Akzeptanz für Teilzeitarbeit und Elternzeit etablieren
1266	Bessere Besetzung. Mehr Personal.
1270	Bessere Kommunikation, respektvoller Umgang, Anerkennung für gute Patientenversorgung
1271	Bessere, durchdachtere Dienstpläne
1272	Mehr ärztliches in pflegerisches Potential. Weniger Dienstbelastung zur Vereinbarung von Familie und Beruf
1280	Besseres Feedback zu Weiterbildungsstand, Mentoring bzgl. nicht-fachlicher Fähigkeiten wie z.B. Gesprächsführung, Umgang mit Tod, ... mehr Diskussion von Fällen
1281	Mehr Personal, da regelhaft die Stroke oder Patienten von dienstfreien Kollegen "mal eben" mitversorgt werden müssen und eine gute Patientenversorgung so schwierig ist. Ohne Überstunden ist das nicht zu gewährleisten.
1284	Nichts.
1285	Mehr Zuarbeit durch helfendes Personal was sich nicht nur aus armen PJs zusammen setzen sollte die noch nicht einmal für ihre größtenteils engagierte Arbeit Geld bekommen! Funktionierende fortschrittliche und effiziente IT die es uns ermöglicht wieder mehr Zeit mit Patienten zu verbringen und unsere Ausbildung voranzutreiben
1291	Geregelter Dienstplan mit Freizeit Ausgleich
1295	die Digitalisierung - PCs, Monitore - müssen dem Standard entsprechen und keine zusätzliche Arbeitszeit rauben. Es müssen alle Überstunden anerkannt und bezahlt werden, es müssen ausreichend Kollegen sowie nichtärztliches Personal vorhanden sein.
1298	Mehr Personal, fester Rotationsplan.
1299	Mehr ärztliches Personal, bessere Organisation von Abläufen
1300	Arbeitsreduktion, geregelte Weiterbildung, Anerkennung der Überstunden
1303	mehr Personaleinsatz
1309	Weniger unbezahlte Überstunden, reduzierte Wochenarbeitszeit
1317	Mehr Personal, weniger Dienste, bessere strukturierte Ausbildung mit zugewiehltem Mentor z.B.
1319	Regelmäßige Arbeitszeiten. Verlässliche Rotationen.
1324	Mehr Personal
1325	Weniger Zeitdruck, weniger Überstunden, mehr Zeit für Weiterbildung sowohl bei mir als auch meinen Oberärzten
1336	Bessere personelle Ausstattung, weniger Zeitdruck/geringere Verdichtung der Arbeit. Strukturierte Weiterbildung. Feste, verpflichtende Weiterbildungsziele
1337	Mehr ärztliches und nichtärztliches Personal. Weniger Überstunden. Mehr Zeit für Fortbildung, mehr Praxisanleitung.
1340	Ausreichend Personal, mehr Zeit für Weiterbildung/strukturierte Weiterbildung.
1341	Mehr Personal, weniger Profitorientierung.
1346	Strukturierte Weiterbildung
1353	-seit Jahren unbesetzte Assistenzarztstellen besetzen - Verwaltung/Klinikleitung wieder in ärztliche Hände, damit Menschen mit Fachkenntnis über medizinische Abläufe urteilen können - Strukturieren der Weiterbildung -Motivation der Ober-/Chefärzte auch ganz praktisch daran, Assistenten auszubilden

	-Besser Arbeitsmoral im Team/ gelebte, unterstützende Kollegialität zum Wohle der Patientin - Offenes nachhaltiges Fehlermanagement, welches zum Ziel hat, Fehlerquellen zu eruieren und zu beseitigen anstatt einzelne Kollegen vorzuführen
1354	bessere Personalausstattung und dadurch auch mehr Zeit für die Weiterbildung und Anleitung durch erfahrene Kollegen
1372	strukturierte Weiterbildung, regelmäßige Fortbildungen, mehr Geld für externe Fortbildungen, bessere Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen, Zeitnahe suche nach neuen Kolleginnen/Kollegen, bessere Bezahlung
1373	- mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten und die Patienten - weniger Überstunden - weniger Patientendurchsatz - weniger nichtärztliche Tätigkeiten - eine verpflichtend strukturierte Weiterbildung - Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau - eine angemessenere Bezahlung (13. Monatsgehalt, kein Überstundenabbau während Bereitschaftsdiensten, bessere Vergütung von Schichtarbeit und, und, und)
1382	Bessere Arbeitszeiten, aber vor allem mehr Wertschätzung für die Arbeit der Assistenzärzte
1390	Mehr personal, mehr struktur
1393	transparenz steigern
1398	Es herrschen gute Arbeitsbedingungen.
1404	Bessere personelle und digitale Ausstattung
1406	Mehr Personal, Reduktion der Dienstbelastung; sicherer Arbeitsplatz auch in der Familienplanung
1408	Deutliche Bessere Planung aller Ärzte im Tagesgeschäft, bei Krankheit auch mal Operationen absagen oder Sprechstunden kürzen oder ausfallen lassen. Ein Zeichen das nicht alles weiterläuft wenn nicht genug Personal da ist. Bessere und effizienter Dienstplangestaltung, bei schwierigen Fällen auch im Einzelfall mit betroffenen Sprechen, falls dadurch hohe Dienstzahlen aufkommen.
1409	Strukturierte Arbeitsabläufe
1416	Mehr oberärztliche Unterstützung, mehr Übernahme von nicht-ärztlichen Tätigkeiten durch nicht-ärztliches Personal
1418	Mehr Personal, bessere Kommunikation wenn sich Strukturen in KH verändern (wir bekommen jetzt eine Stroke, habe aber keine Neurologie...), 100% ige Dokumentation von Überstunden, Möglichkeit Pausen einzuhalten, nicht nur als Stationsarzt oder für Dienste sondern auch ausbildungsrelevant in der Funktion eingeteilt werden, unseren einen cholischen OA zur Verhaltenstherapie schicken (dies ist jedoch nicht allgemein zu sehen, sondern ein spezielles Abteilungsproblem), chefärztlich mehr Verständnis und Änderungswille für Probleme/Kritik der Assistenzärzte aufbringen
1421	Mehr Zeit pro Patient/mehr Arbeitskräfte
1427	mehr aktive Ausbildung im Alltag
1432	Bessere Weiterbildung
1438	Weiterbildung nach Katalog, ausreichend Kollegen, mehr Zeit für Patienten
1439	Mehr Ausbildung!!! Mehr Geld
1441	- Verminderung der Arbeitsbelastung und der Überstunden, bzw. zuverlässige Dokumentation der Überstunden - durchschaubares Rotationssystem - bessere Kommunikation zwischen den Assistenzärzten
1444	Ausbildungskonzept: Patient aufnehmen, untersuchen, Diagnostik, ggf. bei Op dabei sein Nachsorge, Entlassung etc. , komplette Überarbeitung der Dienststrukturen (3 Ärzte haben Dienst und gehen entsprechend am nächsten Tag): 2 Diensthabende sind ausreichend, Einarbeitung bei Wechsel in einen anderen Tätigkeitsbereich (Gyn - Geburtshilfe), Feedback erhalten - regelmäßige Gespräche mit Vorgesetzten Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes
1447	- Fortführung der Digitalisierung und einheitliche Dokustandards (keine Doppelungen mehr) - Weniger Zeitaufwand für Dokumentation - feste Zeit/Personalschlüssel für ärztliche Betreuung von Intensivpatienten (Mindestzeit für Patientenkontakt, auch nicht beatmete Patienten können sehr aufwändig sein (Vigilanzwechsel, CVVH, Superobesitas) - Optimierung der Dienstabläufe (was muss nachts als vitaler Notfall operiert werden und was wird nur "dringlich/Vital" gemacht, weil es am Folgetag nicht mehr ins Programm passt?)
1448	Habe innerhalb der Klinik auf andere Station gewechselt, wo die Arbeitsbedingungen viel besser sind. Alte Oberärztin müsste sich zu Themen wie Führung eines Teams, Motivation eines Teams,

1449	<p>Umgang mit Menschen in der Diktatur vs. Demokratie weiterbilden und ändern</p> <p>Der Chefarzt muss weg und viele Probleme sind gelöst. Er ist absolut inkompetent und ungeeignet für diese Position. Er zerstört das Team, kümmert sich überhaupt nicht um die Weiterbildung und arbeitet in seiner eigenen Abteilung nicht mit. Selbst wenn das Team in der Befundungsflut zu ertrinken droht, macht er keinen Finger krumm, um das Team zu entlasten.</p> <p>Darüber hinaus müssen neue Stellen auch mit erfahrenen Ärzten besetzt werden und nicht nur mit den Anfängern. Hier wird ein erfahrener Oberarzt meist mit einem frisch gebackenen Assistenzarzt ersetzt und das Ganze dann als "Verstärkung" verkauft.</p> <p>Und es MUSS allgemein viel mehr Personal eingestellt werden. Einige der Kollegen sind schon krank wegen der ständigen Überlastung. Regelmäßig kommt ein anderer Kollege mit einer neuen Bescheinigung, die ihm bestätigt, dass er zu viel arbeitet und nun per ärztlicher Anweisung reduziert arbeiten muss.</p>
1456	mehr Personal!
1463	<p>Weniger Dienste oder bessere Vergütung und bessere Unterstützung von Oberärzten</p> <p>Mehr Rückmeldung zu Leistung</p>
1468	Bessere Vergütung, Wertschätzung, Ausbau der Personaldecke
1472	Mehr Einarbeitung und Lehre in praktischen Dingen wie Sonographie, Bronchokopien, Punktionen etc.
1476	<p>Geregelte Arbeitszeiten, gutes Personalmanagement (ausreichende Anzahl an Kollegen und vor allem an Fachärzten), kompetente Fachärzte,</p> <p>Ansprechendes Gehalt, Vereinbarkeit von Familie und Beruf</p>
1483	<p>Seltenere und Besser bezahlte Dienste mit weniger unnötigen Untersuchungen (u.a. durch besser geschulte Assistenzärzte in Chirurgie und Innere), deutlich höhere finanzielle Zuschüsse zu Fortbildungen, bessere Literaturlausstattung in der Abteilung (am besten elearning portale), Möglichkeit der Halbtagsarbeit für Eltern.</p>
1486	Reduzierung der Arbeitsbelastung
1488	<p>Lösung einiger persönliche Differenzen mit Mitarbeitern</p> <p>mehr Einsatz im Op</p> <p>bessere Besetzung durch zusätzliche Stellen</p>
1500	<p>Weniger Stunden pro Woche arbeiten, damit meine Familie nicht komplett hinten runter fällt.</p> <p>Auch wenn ich oft gegen 17:00 zu Hause bin, ist es schwer noch Hausaufgaben zu betreuen, Essen zu kochen usw.</p>
1516	Arbeitszeitbelastung reduzieren. Höhere Entlohnung. Bessere Strukturierung der Arbeitsprozesse(Vermeidung von doppelter Dokumentation etc.)
1517	Respektvoller Umgang, strukturierte Weiterbildung, faires Dienstmodell und Dienstbelastung
1518	<p>mehr Zeit für Patienten, flexible Arbeitszeiten, eine echte Ausbildung durch Vorgesetzte,</p> <p>aktuell geht es nur darum auf Arbeitsfähig getrimmt zu werden, wenn das läuft kommt noch jemand zur Pausenauslösung, das wars. Von Ausbildung und Lehre kann keine Rede sein, Patientenversorgung findet nach Wunsch und Vorgaben des OA statt, nicht zwingend nach aktueller Forschung und Stand der Wissenschaft, die Möglichkeiten Dinge mal anders zu machen fehlt die Zeit und die Flexibilität der meisten OÄ</p>
1526	Weniger Bereitschaftsdienste/Monat, vor allem seltener an Wochenenden. Und Möglichkeit in Teilzeit zu arbeiten sollte geschaffen werden.
1534	mehr Struktur in Weiterbildung und Patientenversorgung.
1542	bessere Besetzung, strukturierte Arbeitsabläufe, Erstellung Rotationsplan
1544	mehr Personal (pflegerisch und ärztlich)
1547	<p>Mehr Zeit für den Patienten, schnellere und nicht weiter ausufernde Dokumentation.</p> <p>Einmal pro Woche eine bedside Visite durch einen Facharzt begleitet. Mehr Raum für Weiterbildung. Ich bin 1 Jahr in der Gastroenterologie gewesen und habe es auf 10 Abdomen-Sonographien geschafft, weil ich eben die Stationsarbeit geleistet habe.</p> <p>Dann wären wir bei den Arztbriefen. Da wäre mehr Feedback wünschenswert.</p>
1548	<p>bessere Kommunikation</p> <p>Verbesserungsvorschläge müssten umgesetzt nicht nur angesprochen werden</p>
1551	Reduktion der Dienstbelastung, Anstellung von ausreichend Personal, sodass Zeit für die Weiterbildung bleibt.
1556	<p>Längere Rotationszeiten (keine wöchentliche Änderung der Station auf der man arbeitet)</p> <p>Einen Oberarzt als Ansprechpartner (nicht 20 von denen keiner zuständig ist und keine Zeit hat.)</p>
1563	<p>Mehr Personal</p> <p>Besser geplante Abläufe</p>
1567	Ich bin mit meiner Abteilung sehr zufrieden, insbesondere wenn ich Vergleiche zu den anderen Abteilungen (des selberrn Hauses) ziehe.

1575	Dienstplanung früher abgeschlossen, Möglichkeit für Teilzeitarbeit mit festem freien Tag, Abbau/kein Aufbau von Überstunden durch unkomplizierte Möglichkeit für Freizeitausgleich (entweder fester FZA zum Dienst ODER unkomplizierte Möglichkeit auch wochenweise FZA zu nehmen), strukturierte Weiterbildung (feste Rotationen, Mile-Stones)
1579	An sich kann man eigentlich nicht klagen. Ich habe einfach für mich festgestellt, dass ich mit Kind die Arbeitsbelastung durch die Dienste im Krankenhaus zu groß finde und plane daher in den ambulanten Bereich zu wechseln (Allgemeinmediziner). Verbessert werden könnte sie Ausbildung da leider wenig Zeit bleibt in die Funktionsdiagnostik zu gehen und wie schon angesprochen die Digitalisierung.
1582	Mehr Personal, strukturierte Weiterbildung, regelmäßige fachärztliche Supervision (inklusive gemeinsame Visiten am Patienten), Wertschätzung der Basisarbeit auf Station, konstruktives Fehlermanagement, besseres Back-up durch den Hintergrunddienst....
1586	mehr Personal, weniger Druck
1591	Weniger Dienste (allein diesen Monat 10 Nachtdienste), mehr Überlappungszeit in der Notaufnahme, damit die "Berge von Wartenden" nicht von einer Schicht in die nächste übergeben werden. Die Möglichkeit schneller Kollegen einzustellen, wenn Kolleginnen schwanger werden (fast ausschließlich weibliches Team bei uns, sehr viele Schwangere). Die Dienste der schwangeren Kolleginnen werden von immer weniger Kollegen aufgefangen, neue Stellen gibt es erst, wenn die Kolleginnen tatsächlich ins Beschäftigungsverbot/Mutterschutz gehen....all die Monate davor steigt die Dienstbelastung deutlich an. Bessere Personaldecke: Jeder Ausfall lässt den Dienstplan kollabieren, ständig müssen Kollegen im Frei/Urlaub einspringen. Mehr Zeit für Weiterbildung: Nicht immer nur die elektiven 6-8 Aufnahmen und Briefe schreiben, sondern auch mal angeleitet/begleitet werden. So oft tritt man auf der Stelle, "wurschtelt" sich so durch, merkt kaum, wenn sich Fehler einschleichen.
1592	mehr Personal, ordentliche Klinikführung (Akt. Kein CA, nur kommissarisch), Weiterbildungsziele für die Assistenten richtig umsetzen. (Momentan nur Akordarbeit um die anfallende Arbeit in der Unterbesetzung überhaupt zu schaffen.
1597	Mehr Personal, Mehr Unterstützung im Alltag durch OÄ und in schwierigen klinischen Situationen insb. Menschliche Situationen. Krebs Erstdiagnosen, DNR/DNI Gespräche va in der Akutsituation
1599	Weniger Dienste Geringere Arbeitsbelastung durch mehr Personal Möglichkeit einer Pausenablösung Qualifizierteres Pflegepersonal
1600	Abbau autoritärer Führungskultur hin zu einer autoritativen/demokratischen Führungskultur, regelmäßiges Feedback mit konstruktiver Kritik, bsw. durch einen Mentor (z.B. ein OA, der einen betreut und die Weiterbildung überwacht), Leitliniengerechte Patientenversorgung, die nicht primär an DRGs und OPS-Codes orientiert ist, sondern sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausrichtet, Beachtung von Überstunden und möglichst Ausgleich in Form von Freizeitausgleich (so steht es in meinem Tarifvertrag, warum wird dies konsequent ignoriert?), für jeden am Wochenende gearbeiteten Tag sollte es grundsätzlich einen Ausgleichstag frei geben, 24h Kitas! wenn es eine vernünftige Kita-Infrastruktur in Deutschland gäbe mit Kitas, die direkt an den Krankenhäusern angebunden wären, wo man als Ärztin ein Anrecht auf einen Platz hat, hätte ich längst eine Familie gegründet! > die Wahrheit ist: wir sind GANZ weit weg von Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau im Arbeitsleben als Arzt/Ärztin, wenn beide Lebenspartner 100% arbeiten möchten.
1622	Bessere Einarbeitung und bessere Kommunikation
1623	sicherheit der teilzeitarbeitszeit.
1624	Bessere Kommunikation, mehr Personal
1628	gute Weiterbildung
1636	Klares Weiterbildungskonzept Bessere Arbeitsbedingungen Freizeitausgleich der Mehrarbeit Wertschätzung der geleisteten Arbeit
1637	Angemessener Arbeitsschlüssel (Aktuell 1 Arzt für 1 Station mit bis zu maximal 18-20 Betten, regelmäßig 16-18 Betten besetzt). Dann können auch Überstunden reduziert werden bzw man wird in der geregelten Arbeitszeit fertig (maximal 12 Patienten). Geregelte Weiterbildung im Sinne des Erlernens der Sonographie, Gastroskopie etc. Auch hierfür fehlt aber eine Stelle. Bei aktueller Besetzung kann niemand hierfür abgestellt werden

	und bei einer vollen Station kann dies auch niemand in einer normalen Arbeitszeit leisten. Einführen einer Blutentnahmekraft und Stationssekretärin (gibt es bei uns nicht), damit man sich auf die Diagnostik und Therapie des Patienten konzentrieren kann.
1640	Die strukturierte Weiterbildung und vor allem überhaupt eine Einarbeitung
1649	Bürokratieabbau, Verbesserung der Digitalisierung, mehr Feedback und Teaching durch Oberärzte/ Chefärzte
1651	Insgesamt herrschen im Rahmen der dünnen Personaldecke ärztlicher- und nichtärztlicherseits gute Arbeitsbedingungen. Verbesserungspotenzial besteht v.a. in der Einarbeitung.
1652	Ausreichend und qualifiziertes Personal !!!! Einbeziehung der Mitarbeiter in wesentliche Arbeitsprozesse; Zentral sollte ferner eine gute Patientenversorgung durch gut weitergebildete Ärzte sein und nicht die maximale Ökonomisierung des Gesundheitssystems mit durch die Bank dem Deutschen nicht mächtigen Hilfspersonal.
1656	Bessere Besetzung, bessere Betreuung durch den Weiterbildungsberechtigten, weniger Dokumentation
1658	Klarere Strukturen, geregelte Weiterbildungsgespräche, kein Abwälzen von Schuld auf die Jüngsten, Kommunikation auf einer Ebene (Chef-Assistent) ohne Geschrei und Tränen, genügend Personal, kein Arbeiten an der Mindestgrenze, sodass bei Schwangerschaft oder Krankheit die Patientin nicht mehr adequat versorgt werden können.
1673	Reduktion der Wochenarbeitszeit (inkl. Dienst und Überstunden)
1681	Bessere Personalbesetzung, kein rein wirtschaftliches Denken (ausschließlich Profit), mehr Zeit für jeden einzelnen Patienten, weniger doppelte und unnötige Dokumentation
1684	1. frühzeitiger Rotationsplan für das nächste halbe Jahr (nicht 4 Wochen vorher, das ist für private Planungen schrecklich, man fühlt sich wie ein Vasalle) 2. strukturierten Weiterbildungsplan (Katastrophe bei uns!!) 3. realistische Weiterbildungsziele in der Weiterbildungsordnung bpw. Innere Medizin (die Zahlen für die endoskopische Untersuchungen etc.) 4. bessere Personaldicke (sobald ein Kollege in der Abteilung krank wird kippt das gesamte Dienstplanmodel, jedes Wirtschaftsunternehmen plant mit finanziellen und personellem Puffer bei Ausfällen durch Krankheit etc.) 5. Vorweg sei angemerkt: Ich schätze meine Kolleginnen und möchte die Zusammenarbeit mit ihnen nicht missen doch an dieser Stelle sei folgendes gefordert: 50/50% Frauen/Männeranteil in der Assistentenschaft (als Mann hat man mittlerweile das absolute Nachsehen in Sachen Mehrbelastung =>ich habe vielleicht auch Frau und Kind!!!!, im Schnitt sind ständig 20-30% der Kollegen schwangerschaftsbedingt im arbeitsfrei, von Seiten des Arbeitgebers wird stets die Stellenvollbesetzung gepredigt obwohl ein nicht unwesentlicher Anteil der Kollegen nicht aktiv an der Patientenversorgung teilnehmen kann.) 6. die Feminisierung der Medizin ist im Alltag angekommen, Änderungen in den Dienstplänen und Köpfen der Verantwortlichen sind ausgeblieben
1690	gute Betreuung durch die oberärzte, häufigere Weiterbildungen
1697	Mehr Personal, weniger Dokumentation
1698	- delegationswürdige Aufgaben (Blutentnahmen, Zugänge legen u.a.) von nicht-ärztlichen Personal möglicherweise ausfüllen lassen - in chirurgischen Fächern keine CTA als Weiterbildungskonkurrenten im OP - feste Rotationseinteilung - Möglichkeiten Dokumentation im home office erledigen zu können
1699	Geringerer Patientenumsatz pro Tag, höhere Anzahl an Ärzten, schnelleres Betriebssystem oder Wechsel zu Papierkurven
1701	Mehr Einarbeitung. Mehr Unterstützung bei neuen Situationen. Weniger Überstunden. Mehr Zeit für die Patienten. Übersichtliche Dokumentation.
1703	Weniger Überstunden, mehr Personal, bessere Betreuung durch die Oberärzte, spätere Dienste, dann gern zu zweit
1721	Geringere Arbeitsbelastung, bessere Einarbeitung und Weiterbildung also Schulung von neuen Kompetenzen
1730	Bessere personelle Besetzung, frühzeitige Personalplanung, wenn absehbar ist, dass jemand die Klinik verlässt.
1764	Mehr Personal
1766	Bessere Einarbeitung aller Kollegen, die Chance und Zeit auch unsere Hausinternen Weiterbildungen besuchen zu können, mehr Anleitung und Zeit etwas ordentlich zu lernen, bevor man es einfach mal so schnell machen muss. Mehr Zeit für eine ordentliche Übergabe ohne Hast.
1771	mehr deutschsprachige Kollegen

Kurz-Statistiken

Umfrage 888652 'Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019'

1776	bessere Weiterbildung (mehr Aktivwerden durch Oberärzte/Chefarzt)
1779	Weiterbildungskonzept mit Rotation, regelmäßigem Feedback, Ausbildung im Sinne von Diagnostik (Sono etc) müsste stattfinden bzw die zeitliche Kapazität inklusive Supervision müsste geschaffen werden, Überstunden komplett dokumentiert und vergütet, regelmäßige Weiterbildungsseminare
1780	Mehr Ärzte
1784	Besserung der Qualität der Patientenversorgung, Reduzierung der Arbeitszeit, Besserung der Bezahlung
1785	<ul style="list-style-type: none">- Wertschätzung für meine Arbeit inkl. Überstunden- vollständige Zeiterfassung und Freizeitausgleich oder Bezahlung der Überstunden- Besetzung aller Stellen- regelmäßige Fortbildungen, die nicht ständig ausfallen- Zeit für die Patienten- bessere Überprüfung der Gegebenheiten in Krankenhäusern, ob sie der Weiterbildungsordnung entsprechen (z.B. feste Rotationen? -> damit man auch lernt und nicht nur alles unterschrieben bekommt...)- weniger überfüllte Notaufnahmen im Dienst, z.B. durch bessere Bekanntmachung des ÄBD oder eine (geringe) finanzielle Eigenbeteiligung
1786	Mehr Zeit für Bürokratie, bessere Vertretungsregeln, mehr Fortbildung
1793	Deutliche Aufstockung sowohl des ärztlichen als auch des pflegerischen Personals, strukturiertes Weiterbildungskonzept, gerechte Aufteilung der OP-Zeiten unter den Assistenten, Weiterbildung in Mindestzeit, Einhaltung der Arbeitszeiten und vor allem der Pausen.
1802	definitiv übersichtlichere und verbindlichere Urlaubsplanung, sowie eine finanzielle Unterstützung bei der Weiterbildung
1804	Bessere Verteilung auf das Team von Diagnostik und Dokumentation.
1812	Einhaltung der vorgesehenen Arbeitszeiten, Erstellung und Einhaltung eines Weiterbildungscurriculums, Möglichkeit der Forschung während der Arbeitszeit (Uniklinik)
1815	Arbeitszeit durchschnittlich unter 48 h pro Woche. Dienstbelastung am Wochenende reduzieren. Vergütung der Nachdienste verbessern.
1827	Mehr angestellte Ärzte/Innen, damit die 28 Stunden- Dienste am Wochenende abgeschafft werden können und die Dienstbelastung sich insgesamt etwas reduziert. Auch würden dann etwa weniger Überstunden anfallen.
1838	Anderer Chef
1842	Mehr Zeit für Patienten, weniger Dokumente, weniger Hierarchie, mehr Fort und Weiterbildung, mehr Feedback
1850	Verbesserung des Personalmanagements, Verbesserung der Kommunikation zwischen Chefarzt/Oberärzten/Assistenzärzten, weniger Bereitschaftsdienste, mehr Möglichkeiten zu Operieren
1852	Ein Chef mit modernem Führungsstil. Chef und Oberärzte mit Lust an Lehre. Mehr Zeit bzw. mehr Personal. Anerkennung der Überstunden und Möglichkeit des Freizeitausgleiches. Volldigitaler Arbeitsplatz und Vernetzung der Kliniken (Radiologiebilder) und der Hausärzte (Diagnoseliste/Medikamentenplan)
1855	Im großen und ganzen zufrieden. Weniger Patientendurchlauf bzw. bessere Verteilung auf mehrere Ärzte, aber dafür fehlen Räumlichkeiten und Geräte. Strukturiertere Einarbeitung, v. a. ausländischer Mitarbeiter, und Dokumentation der Ausbildungsziele/-erfolge.
1859	Volle Bezahlung für jede Arbeitsstunde, Überstunden und Dienste; Arbeitszeiten wöchentlich bis maximal 40 Stunden in Vollzeit; Bessere personelle Besetzung um Schwangerschaften, Krankheit etc. auszugleichen; Bessere bauliche Gegebenheiten die zur Eskalation des Konfliktpotentials auf psychiatrischer Station führen; Verringerung der organisatorischen Tätigkeiten, mehr Zeit für Patienten
1860	mehr Personal
1869	Mehr Zeit für die klinische Arbeit. Mehr Weiterbildung und Mentoring
1886	sind insgesamt schon ok (bzw. gut durch insgesamt gute Stimmung im Team etc.), aber Problem der Überstunden: Oberarzt kürzt erfasste Überstunden oft weg, möchte einzelne Begründungen, bekommt Druck von Geschäftsleitung, wenn wir zu viele Überstunden machen; wir dürfen vom Haus aus keine Kassenrezepte ausstellen (haben nur Privatrezepte, damit das Haus Geld spart); Entlassungen sollen bis 11 Uhr passieren, damit die Pat. kein Mittagessen mehr im Haus essen -> das insgesamt sehr wirtschaftliche Denken und der Druck auf uns und Oberarzt sind nicht in Ordnung!
1890	Weniger Zeitdruck, weniger Überstunden, besseres Feedback (nicht nur negatives, auch positives)
1891	ein Chef, der jeden Mitarbeiter gleichermaßen ernst nimmt und in seinem Tun bestärkt und

	fördert. Solange es nur darum geht mit möglichst wenig Personal den Laden am Laufen zu halten und Operieren erst mit mindestens 50 Stunden Wochenarbeitszeit möglich ist werden sich die alten Strukturen nicht ändern. Schade, aber meinen Kindern rate ich jetzt schon von diesem Beruf ab, obwohl ich überzeugt davon bin, dass mein ältester ein guter Arzt werden würde: Intelligent, sensibel und gewissenhaft. Aber diese Werte sind leider nicht gefragt und führen v.a. nicht zum Ziel.
1899	gute Einarbeitung durch ärztliches Personal. Möglichkeit sich mit ärztlichen Kollegen und Kolleginnen im Alltag austauschen zu können. Mehr Pflegepersonal. Eine Sekretärin, die mindestens einen halben Tag 5 x die Woche unterstützt. Strukturiertere Abläufe im Alltag. Festlegung der Aufgaben aller Berufsgruppen und Kommunikation dieser an das ganze Team. Weniger Überstunden auf Grund von Dokumentation.
1904	Digitalisierung, mehr Zeit für Patienten, Konzentration auf ärztliche Aufgaben (kein Blutabnrhemen der ganzen Station, keine Vorbefunde selbst anfordern, keine Befunde in Briefe abtippen)
1905	Reduktion der Überstunden.
1907	Bessere Arbeitszeiten
1910	Weniger Zeitdruck während der Arbeit.
1911	Mehr Zeit für Patienten, bessere Einarbeitung
1913	bessere Personaldichte, um nicht morgens mehrmals in der Woche "Löcher zu stopfen". Dienstpläne in angemessener Zeit vorher, nicht 4 Tage. Einfach strukturierteres, vorausschauendes Handeln und Personalpolitik.
1920	Kommunikation. Voneinander lernen. Teamfähigkeit. Geregelte Arbeitszeiten. Ausreichend Personal
1921	Punkliche Dienstenden. Weniger Chaos, bessere Struktur. Mehr teaching, Einarbeitung, Einführung in Bereiche, Sprechstunden und OP. Längere Zeiten an einer Stelle(wir sind maximal 5 Tage am Stück auf Station, sonst ständig in der Wechsel Schicht.) Möglichkeit selbst zu operieren bzw dazu angeleitet zu werden fehlt.
1925	geregeltere Arbeitszeiten, Freizeitausgleich muss auch wirklich möglich sein und nicht nur im Vertrag stehen
1927	mehr Personal, alternativ weniger Dokumentation oder Einsatz von Dokumentationsassistenten / Sekretärinnen, die Arbeit abnehmen, die nicht zwingend ärztliche Tätigkeit sind bessere Kommunikation und Teamarbeit mit der Pflege mehr Einsatz im OP und im Brustzentrum, um den Anforderungskatalog der Weiterbildung zu erfüllen und aus Interesse an diesen Bereichen
1942	Mehr Personal, Kodieren durch Kodierfachkräfte
1946	Arbeitszeit - Reduzierung und bessere Effizienz
1951	Dass 1) die tatsächlich geleistete Arbeit auch dokumentiert und finanziell oder Freizeitausgleichsmäßig angerechnet werden kann. 2) es geregelte Vertretungen auch für Teilzeitärzte gibt, sodass die eigentlich reduziert geplante/verträglich geregelte Arbeitszeit auch eingehalten werden kann. Ist dies nicht der Fall, sollte unkomplizierte Stundenerhöhung/-Vergütung der geleisteten Arbeit ermöglicht werden. 3) Fairness herrscht und die Oberärzte sich nicht um ihre Arbeit und Verantwortung drücken können, ihre Arbeitszeit nicht einhalten (kommen später, gehen früher, lassen ihre Arbeit liegen oder wälzen sie auf die bereits überlasteten Assistenten ab). Und der Patientenversorgung zuliebe machen wir "dummen Assistenten" viel zu viel mit und stabilisieren diesen Missstand dadurch indirekt und ungewollt.
1953	- bessere Work-Life Balance - Ausbildungskonzept (z.B. feste Rotationen, feste Einteilung/Zeit um unter Aufsicht eines erfahrenen Kollegen Diagnostik zu lernen z.B. Ultraschall --> bisher sollen wir dies neben der Stationsarbeit machen (für mich kaum möglich ohne die Patientenversorgung zu vernachlässigen), bzw. mache ich es nach meinen Nachtschichten in meiner Freizeit... -bessere Oberärztliche Betreuung (OA Visiten finden nur sehr selten statt) - Feedback zum Ausbildungsstand (nicht vorhanden)
1957	geringere Arbeitszeit, ruhigere und nicht hektische Arbeitsatmosphäre
1961	- bessere Struktur im Arbeitsauflauf - Personaldecke bei Pflegepersonal und Ärzten muss aufgestockt werden (plus bessere Bezahlung)!!! - Vermeidung von Überstunden -> digitales Ein- und Auschecksystem (bei uns in der Klinik gibt es sowas nicht) - Work-Life-Balance

	- für Frauen (vor allem wenn Hauptverdiener) bessere Vereinbarkeit von Familie & Beruf, bessere finanzielle Sicherheit (zu wenig Geld im Mutterschutz etc.) - Weiterbildung: es sollten alle Inhalte in der vorgeschriebenen Zeit erreicht werden können, um zügig den Facharzt machen zu können; ist häufig nicht möglich
1963	Insgesamt bessere Organisation des Personalmanagements.
1966	Bessere Personaldecke bei ärztlichem Personal, dass nicht jedes Mal wenn ein/e Kollege/in krank oder schwanger werden das System zusammenbricht. Zwei Schwangere oder kranke in der Abteilung bringt schon das gesamte Team aus dem Gleichgewicht. Auch sollte es nicht an der Tagesordnung sein, dass längere Krankheitsfälle oder Dienstaussfälle durch Schwangerschaften auch bei drei oder vier Ärzten vom Rest des Teams kommentarlos kompensiert werden müssen ohne zusätzliches Personal über Honorarärzte oder ähnliche Lösungen. Auch eine angemessene Einarbeitung vor den ersten Diensten sollte zwingend vorausgesetzt werden. Kein Arzt frisch von der Uni kann nach zwei Wochen eine sichere Patientenversorgung gewährleisten.
1976	mehr Personal, mehr Zeit für den Patienten, Digitalisierung verbessern, bessere Organisation
1978	Mehr Zeit für den einzelnen Patienten
2000	Arbeitszeiten, Dienstbelastung, Weiterbildung
2012	Strukturierte Weiterbildung (regelmäßige Röntgenbesprechung, Besprechung der Neuaufnahmen, Infiltrationen nicht nur für die mit den spitzesten Ellenbogen). Respekt der Geschäftsführung vor unserer Arbeit (Wieso brauchen Sie so lange für eine Aufnahme? Wie, Sie lesen die Vorbefunde??? Entlastmanagement, das geht doch gerade noch so nebenher zusätzlich - Klinik mit chronischen Schmerzpatienten mit zum Teil über 30 Jahren Patientenkarriere).
2015	Vorgesetzte
2022	Mehr Personal, Bessere Schulungen für uns und Pflege, mehr Kontakt & Verantwortungsübernahme durch den Vorgesetzten
2027	- geringere Dienstauslastung während der Bereitschaftsdienste - mehr pflegerisches Personal - mehr Personal im OP - entspannte und regelmäßige Pausen
2041	mehr Zeit. flexiblere Zeiten. Überstunden Anerkennung. w weniger Stunden insgesamt.
2047	Mehr Personal, mehr Weiterbildungen
2075	Einhalten von Mehrarbeitsfrei oder Vergütung der Dienste , Verbleib in der Rotation trotz Reduktion oder Schwangerschaft
2076	Mehr Personal, weniger Dokumentation, weniger Überstunden, Wochenenddienst nicht zusätzlich sondern stattdessen dann unter der Woche frei usw.
2079	Weniger Zeitdruck
2081	Mehr ärztliches Personal. Wenn ich sicher bin, dass meine Patienten versorgt sind, bleibt auch Zeit für Weiterbildung (die man bei uns vorwiegend im Selbststudien leisten muss. Frei nach dem Motto Learning by doing.)
2090	Weniger Patienten pro Arzt, häufigere oberarztvisiten, regelmäßiger Freizeitausgleich von Überstunden Bzw Wochenenddienste
2096	Reduzierung der realen Wochenarbeitszeit, die aktuell durch Dienstsysteem (24-Std, Minusstd am dienstfreien Tag mit notwendiger Anhäufung von Überstunden zum Ausgleich der Minusstd) viel zu hoch ist. Reduzierung der Arbeitsdichte v.a. im Dienst
2112	Bessere Stimmung im Team, weniger Schimpfen der Chefin, mehr positives Feedback, insgesamt mehr Zufriedenheit des Personals
2125	Mehr Respekt und Anerkennung gegenüber den Arbeitnehmern (Ärzte und Pflegepersonal) sowie den Patienten mehr in den Mittelpunkt stellen und nicht die Wirtschaftlichkeit!
2126	Reduzierung der Arbeitszeitbelastung . Weniger Mädchen für alles
2132	Weniger Dienste! Mögliche Teilzeitarbeit!
2138	Mehr Assistenten, aktuell sind ca. fünf Stellen nicht besetzt, jedes zweite Wochenende Dienst, durchschnittlich 6-8 Nachtdienste im Monat, Überlastung
2140	Strukturierte, aktualisierte Abläufe. Weniger nicht-ärztliche Tätigkeiten Teaching Einarbeitung Ermöglichen von wissenschaftlicher Arbeit
2143	Zunächst mal ganz wichtig: flexible Arbeitszeiten für Eltern. Mehr Personal auf allen Ebenen : Ärzte, Pflege
2149	Mehr Kollegen, weniger Dienstbelastung, weniger Überstunden
2152	Zeiterfassung, Bezahlung von Überstunden

- 2154 Die Möglichkeit, die im Arbeitsvertrag festgehaltenen Arbeitszeiten realistisch einhalten zu können.
Anerkennung von Überlastung durch höhere Ebenen und adäquate Reaktionen auf organisatorischer Basis (z.B. Personalschlüssel).
- Was sicherlich außerhalb der intern beeinflussbaren Faktoren liegt, allerdings ein ganz wichtiger Aspekt ist: Mehr Respekt vor pflegerischer und ärztlicher Tätigkeit durch Patienten und Angehörige, Rückkehr vom 'Gedanken der "Wellnessbehandlung" zur Akzeptanz basierter medizinischer Therapie . Als Patient ist man kein Kunde im Wellnesshotel.
- 2163 mehr Personal, geregelte Arbeitszeiten
- 2172 Bessere Planung von Einteilungen zb im OP
- 2179 Geringere Belastung des einzelnen
- 2180 Gute Kommunikation. Wertschätzung der Arbeit. Das gute und konstruktive Ideen seitens der Assistenzärzte akzeptiert werden.
- 2184 Weniger Zeitdruck, maximal 18 Patienten pro Arzt während des Stationsbetriebes, zentrale Patientenaufnahme um Stationsärzte von Neuaufnahmen über den Tag verteilt zu entlasten. Dann bliebe mehr Zeit für Weiterbildung und es käme zu weniger Überstunden.
- 2192 Bessere Weiterbildungen (kein Unterricht durch Assistenzärzte sondern nur durch Oberärzte). Einhaltung der 40h Woche (inklusive Dienste!). Mehr Personal. Besseres Teaching.
- 2196 Das mobbing durch den Chef und die leitende OÄ müsste einfach nur aufhören.
- 2198 mehr Personal und dementsprechend eine geringere Dienstbelastung. Bessere Weiterbildung im Sinne des Lehrauftrags der Fachabteilung des Krankenhauses
- 2202 Bessere Besetzung und damit mehr Zeit für Patienten
Mehr Fortbildung
Genauere Umsetzung der Fortbildungspunkte
Bessere Zusammenarbeit mit Pflegepersonal (zB Schwester bei Visite)
Einhaltung von max 50% Arbeitsbelastung im Bereitschaftsdienst
Bezahlung nach Tarifvertrag
Nachvollziehbare Entlohnung! (Undurchschaubarer Lohnzettel)
- 2203 - Lückenlose Dokumentation und Vergütung der Arbeitszeit (Überstunden sind kein Problem jedoch eine ausbleibende Vergütung/Freizeitkompensation)
- Umverteilung der bürokratischen Arbeit auf z.B. Physician Assistants
- 2209 Weiterbildung weiter verbessern (Anleitung und Feedback)
- 2211 Bessere Einarbeitung, Möglichkeit der vor allem kurzfristigen Umsetzung sinnvoller Verbesserungsvorschläge in Bezug auf Abläufe und Protokolle, sowie deutlichere Trennung zwischen Forschung und klinischer Tätigkeit bzw. ausreichend Zeit für beides - nur möglich mit besserem Personalschlüssel
- 2215 Mehr Zeit für den einzelnen Patienten.
Mehr Feedback und "Hands-on-teaching" seitens der Oberärztinnen/-e.
- 2222 Weniger Patienten pro Stationsarzt, somit würde mehr Zeit für Visite, Befundrecherche und Dokumentation bleiben. Auch würde die Kommunikation zu anderen Kollegen und Oberärzten verbessert sein. Es wäre dann auch möglich pünktlich Feierabend zu machen und eine gesunde Work-Life-Balance zu führen.
- 2223 personelle Aufstockung!!!
wirklich verlässliche Rotation während der Weiterbildung mit effizienter Supervision!
Etablierung von Arbeitsgruppen mit Integration der Assistenzärzte vom ersten Ausbildungsjahr jenseits der reinen Basisversorgung
Verbesserung der Aufenthaltsräume für Ärzte (jenseits von Kantine)
- 2228 Bessere Einarbeitung
Betreuung durch einen Mentor (oberärztlicher Seite)
- 2237 Abgabe ALLER nicht ärztlichen Tätigkeiten um wirklich nur Medizinische Aspekte zu beleuchten
Keine Sozialdienstleistungen i.S. von poststationärer Patientenversorgung
Akademisierung der Pflege - diese steht mittlerweile auf einem hohen Ross - nicht mehr die Ärzte
- 2238 Bessere Ausbildung und Kommunikation untereinander
- 2243 Digitalisierung der Arzt Briefe
Dass Ärzte nicht mehr gezwungen sind nichtärztliche Tätigkeiten durchzuführen (wie wegbringen von Blut ins Labor 2 Stockwerke runter, da von Pflege immer verweigert)
Überstunden durch Freizeitausgleich kompensiert oder gegen Bezahlung
- 2245 Weniger Überstunden und weniger 24 Stunden Dienste oder Einführung von nur 12 Stundendienste.. Möglichkeit von Pausen machen (Vorallem bei 24 Stunden Dienst!).
Möglichkeit von Arbeiten auf Teilzeit ohne dass die Kollegen dies kompensieren müssen, wenn man mal pünktlich gehen muss. Ich bin Teilzeit eingestellt worden, muss aber die

	Arbeit einer Vollzeitkraft erledigen!
2246	Das die Dienstabrechnung klar aus der Lohnabrechnung hervorgeht und diese nachvollziehbar ist. Leider gibt es dafür auch nirgendwo Hilfe. Max. 3-4 Dienste im Monat, gute EDV und funktionierende Software welche die Pflege und Ärzte besser abstimmt und die Arbeit erleichtert (muss Pflicht werden, von höherer Instanz). Das etwas gegen die Überflutung der Rettungsstelle mit Banalitäten und Hausarztproblemen aufhört - das sollte oberste Priorität haben.
2257	Feste Rotations/Weiterbildungsplanung, bessere Vereinbarkeit mit Familie (z.B. Kita, flexiblere Arbeitszeiten), mehr Personal
2259	Mehr Personal in allen Berufsgruppen!!!
2263	Strukturierte Weiterbildung, mit festen Ansprechpartner und einem Mentoring-Programm durch erfahrenere Assistenzärzte
2264	Klare und kollegiale Kommunikation. Mehr Zusammenarbeit. Arbeitsverdichtung mit Anpassung des Personalschlüssels abfangen. Mehr Zeit für Weiterbildung im OP.
2284	Eine vernünftige Organisation ohne festhalten an alten Strukturen durch verbessern Kommunikation zwischen Ärzten, Pflege, Verwaltung etc
2286	Personalschlüssel erhöhen
2294	- Vereinfachung der Arbeitsprozesse und bessere Verzahnung auf dem Boden eines digitalisierten Krankenhauses - Erhöhung der Personaldecke (Ärzte/Pflege) --> Hierzu sind "Querfinanzierungen" des Gesundheitssektors bei auch künftig zu erwartender Verteuerung der Medizin nötig. Hierzu gibt es gute Ideen. (Bspw. "Zuckersteuer" und anderes
2308	Menschliches Miteinander, Reduktion der „Angstmentalität“, offenes Umgehen mit Fehler und Verbesserungsvorschlägen auf eine konstruktive Art, bessere Verteilungsstruktur der Ärzte bezogen auf Arbeitsbereich, Wertschätzung, Ermöglichung der Teilzeitarbeit für Eltern ohne Sanktionen
2316	- weniger Zeit mit Telefonaten und organisatorischem verbringen - weniger Überstunden (die nicht geschätzt oder entschädigt werden) - klarere Struktur bezüglich Weiterbildung und Rotationen - Feedback Gespräche - schnellere Computer - keine Repressalien bei krankheitsbedingtem Ausfall
2317	Dokumentation von Überstunden Pausenzeiten einhalten können regelmäßige Feedback Gespräche strukturierte Weiterbildung mit klaren Zwischenzielen Bereitschaftszeit nur noch, wenn man auch tatsächlich min. 50% ruht
2318	Rotationen bindend und konsequent durchsetzen. Bei krankheitsbedingtem Ausfall, darf nicht immer zuerst der Weiterbildungsassistent zB von ITS in den Saal oder die Sprechstunde abberufen werden. Anerkennung der Umkleidezeiten als Arbeitszeit \ Überstunden, bessere Vergütung der Dienste, bessere work-lifebalance und Anerkennung der Tatsache, dass Job und Geld nicht alles ist, sondern auch Assistenzärzte ein Recht auf Freizeit haben
2336	Aktuell perfekt in der Praxis-nie wieder Krankenhaus
2352	Forschungszeiten en bloc statt tageweise. Längerfristiger Rotationsplan.
2345	Mehr Personal=weniger Mehrarbeit. Konsequente Dokumentation und Ausgleich der Mehrarbeit durch zB Stempelkarten
2346	Wertschätzung, bessere Weiterbildung, Vereinbarkeit Familie und Beruf
2348	Bessere Planung der Abläufe durch Vorgesetzte. Vermeidung der Überlastung. Bessere Organisation der Bereitschaftsdienste ohne Überlastung. Verbesserte Introspektionsfähigkeit bei Vorgesetzten.
2351	mehr personal strukturierte Weiterbildung
2356	Mehr Personal um alle Arbeitsbereiche und Dienst sicher abdecken zu können. Es kann nicht sein, dass ein Anästhesist für Op, ITS, Kreißsaal und Notaufnahme allein zuständig ist.
2359	Gute Kommunikation und bessere Arbeitszeiten
2364	Mehr soziale Kompetenz auf der Leitungsebene. Individuelle Unterstützung beim individuellen Lernen. Keine Normierung für einzigartige Individuen! (John Strelecky, John Izzo und das Prozesskommunikationsmodell sollten Anwendung finden).
2371	Mehr Respekt für die Arbeit, die man leistet. Bessere Betreuung. Verlässlicher Rotationsplan und Einarbeitungskonzept, bessere Vergütung für Dienste und spontanes Einspringen

2372	Legales Arbeit. Endlich Weiterbildung und Ausbildung. Wertschätzung. Arbeitsbedingungen. Abkehr vom "du bist Ersetzbar" Prinzip. Common Trunk innerhalb von 2 Jahren.
2374	- keine geplanten Überstunden mehr , bei einer 100% Stelle arbeitet man gefühlt sowieso 120% - Größere Personaldecke vor allem an Fachärzten damit nicht mehr „der Einäugige den Blinden einarbeitet“. - Familienfreundlichere Arbeitszeiten, wenn die Kinder sehr klein sind. - betriebskita am Standort und nicht am anderen Ende der Stadt. - mehr Zeit für Weiterbildung - strukturiertere Weiterbildung mit festem Rotationsmodell welches auch eingehalten wird.
2379	50% mehr ärztliches Personal, internistische mitbetreuung der gefäßchirurgischen Station
2382	Die festgefahrene, strenge Hierarchie müsste sich auflösen. Oberärzte dürften Assistenzärzte nicht mehr anschreien dürfen.
2387	besserer Rotationsplan, bessere Logistik des Hauses, bessere Planung von Urlaub und Fortbildungen, frühere Bekanntgabe der Dienstpläne (aktuell: am Wochenende zuvor)
2389	Mehr ärztliches Personal, Umdenken bei Oberärzten/Führungspersonen, damit Z.B. Überstunden nicht mehr als selbstverständlich gelten, geregelte Weiterbildungs konzepte, die nicht nur auf dem Papier existieren... Weniger Organisationsaufgaben, die zu Lasten der Zeit am Patienten gehen...
2393	weniger Zeitdruck
2396	Geplante und strukturierte Weiterbildung mit regelmäßigem Feedback und "Training in the Job"
2398	Der Chefarzt
2399	Weniger Zeitdruck, Weniger Patienten pro Assistenzarzt, Mehr Teaching, Mehr Mitarbeit in der Funktionsabteilung müsste ermöglicht werden, Mehr Wertschätzung
2400	Regelmäßige Weiterbildung im Sinne von Chef- und Oberarztvisiten. Mehr Ermutigung und strukturierte Ausbildung im OP. Kein "Alleingelassenwerden" in neuen Situationen. Regelmäßige gemeinsame Mittagspause. Oberarzt im Hintergrund im Haus und nicht Zuhause bei Level I Perinatalzentrum.
2408	-Bereitschaftsdienste sollten BDs sein, d.h. man sollte ggf die Personaldichte soweit hochschrauben, dass die anfallende Arbeit auf mehrere Schultern verteilt wird und somit BDs auch BDs bleiben. -Dasselbe gilt für Rufdienste. Diese sollten die Ausnahme bleiben. Aktuell häufige Rufdienste, die sich an den normalen Frühdienst anschließen, bei denen man bis 22/23 Uhr im OP Saal steht, dann nach Hause fährt um nach wenigen Stunden Schlaf am nächsten Tag wieder im Frühdienst zu erscheinen -> auf Dauer zermürend -Ermöglichung von Fortbildung, sowohl Freistellung als auch - als zusätzlicher Pluspunkt - teilweise Kostenübernahme
2413	Durchsetzungsfähiger Chef, Klinikinterne Leitlinien, Teamsitzungen
2428	Vernünftige Einarbeitung, klare Strukturen vom Chefarzt und zumindest eine Stelle mehr.
2433	Mehr Personal in allen Bereichen, mehr Räumlichkeiten, bessere Ausstattung, renovierte Stationen, und Aufenthaltsräume bzw Arbeitszimmer, suffiziente Digitale Dokumentation (sowohl Hard- als auch Software!)
2436	Klima , v.a. der Vorgesetzten und Direktorien, bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit
2437	Mehr Personal !!!! (sowohl ärztlich , als auch nichtärztlich) dadurch weniger Zeitdruck, dadurch mehr Konzentration, mehr Zeit sich mit Problemen auseinanderzusetzen, mehr Möglichkeiten an Funktionen teilzunehmen/durchzuführen. Engmaschigere Weiterbildungsgespräche (nicht nur 1x Jahr) , regelmäßige hausinterne/fachinterne Fortbildung. Mehr Betreuung in der Anlernphase. Viel Eigenverantwortung ist schön, aber auch gefährlich !!!! besonders wenn man ein "zu gutes Selbstbewusstsein hast und nicht sonderlich selbstkritisch ist"
	Ich habe meine Konsequenz gezogen und, trotz wirklich tollem Kollegium, spitzen Oberärzten und einem guten Chef, aufgrund des Personalmangels und darunter mangelnder Ausbildung, jetzt zum 1.1. gewechselt. Dies tut mir für meine ehemaligen Kollegen leid, da sie jetzt noch mehr Arbeit auffangen müssen, aber wenn sich Verwaltungen mit Personaleinsparungen erhofft Geld zu sparen, spart sie am falschen Ende.
2443	Gute Betreuung im Dienst, regelt Rotationen in Funktionsbereiche, Digitalisierung der Patientenakte, regelmäßiges Feedback zum eigenen Weiterbildungsstand

2446	Eigentlich nur organisatorische/strukturelle Dinge im Ablauf. Pflegesituation
2447	Mehr Investition von Ressourcen (personell und finanziell) in die Weiterbildung, flexiblere Arbeitszeiten, an Arbeitszeiten angepasste Kinderbetreuung
2448	Mehr Personal einstellen. Damit lösen sich größten Probleme.
2451	Bessere Weiterbildung, mehr Erfahrungsaustausch, mehr Zusammengehörigkeitsgefühl
2452	Ich habe gute Arbeitsbedingungen. Es wäre schöner, wenn der Nachtdienst ordentlicher vergütet würde und es ein unkomplizierteres System bzgl. der Minusstunden etc. nach dem Nachtdienst geben würde.
2455	Arbeitszeitreduktion, ausreichende Besetzung
2456	Die verschiedenen Teilzeitmodelle kollidieren miteinander und wir sind sehr viele Mamas, das ist zwar seitens des Arbeitgebers sehr großzügig aber für das Team und die Vollzeit-Kollegen eher problematisch...
2466	Überstundenabbau, Transparenz und Abbau von Hürden in der Dokumentation von Überstunden. Mehr und besser ausgebildetes Pflegepersonal. Pflegepersonal mit guten deutschkenntnissen. Sperrung von Stationen wenn keine Zimmer mehr vorhanden sind. Inakzeptanz von Flurbetten. Abbau von mehrfach Dokumentationen. Mehr ärztliches Personal insbesondere an Feiertagen wenn die Notaufnahmen größtenteils ambulante Patienten betreuen müssen . Vorgeschaltete „Hausarztpraxis“.
2471	Im Vergleich zur meiner vorheriger Stelle (AÄ für Innere Medizin im KH) sind Arbeitsbedingung in der Praxis durch flache Strukturen und geringes Arbeitspensum (ca 33-35/Wo) deutlich besser. Mehr Zeit für Rückfragen wäre natürlich noch besser.
2473	Weniger Patientendurchlauf, weniger ökonomischer Druck, viel weniger administrative Aufgaben (sollten andere Berufsgruppen übernehmen) und eine Besetzung, die Ausfälle kompensiert.
2476	Weniger Dienstbelastung, mehr Zeit für Weiterbildung
2478	Stationsbesetzung wie gefordert, um Funktionszeit, Einarbeitung neuer Kollegen und rechtzeitigen Feierabend zu gewährleisten.
2481	Mehr Digitalisierung. Mehr Wertschätzung für die geleistete Arbeit. Geringere Arbeitszeiten, bzw. Anpassung an Arbeitszeiten in anderen (auch nicht medizinischen) Berufsgruppen (bis 50h/ Woche)
2496	Mehr Personal
2500	Weniger Dienste, geringere Wochenstundenzahl
2503	Extrem viel. Mehr Personal. Weg von dem monetären Gewinngedanken. Patienten sind keine Nummern, es sind Menschen die man nicht abfertigen und nur halb behandelt nach Hause entlassen sollte.
2505	Mehr Personal um überhaupt Rotationen zu ermöglichen. Funktionstage sind aktuell nur an freien Tagen möglich.
2507	Abgesehen vom langen Fahrtweg (eine Strecke = eine Stunde) herrschen bei mir sehr gute Arbeitsbedingungen. Aufgrund der Größe des Hauses allerdings nur begrenzte Weiterbildungsmöglichkeiten
2510	Weniger Patienten pro Arzt, sichere Weiterbildung, regelmäßige Informationen über geplante Änderungen, weniger nichtärztliche Aufgaben (z.B. kopieren, faxen-) - einstellen eines Stenosassistenten hierfür
2516	weniger arbeitszeitliche Belastung pro Arbeitnehmer. Hierfür Delegation nichtärztlicher Tätigkeiten an andere Professionen (Blutentnahme, Sammeln von Unterschriften), verbesserte Digitalisierung (weniger vermeidbarer Zeitverlust durch Automatisierung), etc.
2517	Bessere, strukturierte Weiterbildung! Findet an meinem Arbeitsplatz quasi nicht statt. In Gesprächen mit dem Chef wird es einem quasi negativ angelastet, dass man so selten im OP sei, nach dem Motto, „da müssen Sie Ihre Ellenbogen einsetzen!“ - Die OP-Einteilung wird durch den LOA vorgenommen. Dem gegenüber soll ich also meine „Ellenbogen“ einsetzen, ernsthaft? Es wäre doch schön, wenn durch den Chef und Weiterbildungsermächtigten Bestrebungen zu erkennen wären, alle Assistenten fair im OP einzuteilen.
2521	Außerdem geringere Arbeitszeiten. Strukturierte Weiterbildung mit offener Kommunikation zwischen Oberarzt- und Assistenzebene. Mehr Offenheit gegenüber individuellen Neigungen und Begabungen der Mitarbeiter. Geringere Dienstbelastung. Besser Kommunikation mit und Wertschätzung von der Pflege.
2522	ein freundlicheres und wohlwollenderes Miteinander von den Oberärzten und Chefarzt zu mir/anderen Kollegen, auch aus der Pflege. Weniger Zeitdruck und Qualität der Arbeit nicht nur im Bezug auf die Zeit die eine Einleitung braucht, sondern auch im Bezug auf den Patientenkontakt/Angstreduktion.
2525	Mehr Personal, weniger Dienste

2530	Weniger Dokumentation wie QM oder ähnliches. Kein Stellenabbau.
2532	40h/Woche, Freizeitausgleich für Wochenenddienste (zwischenzeitlich habe ich mehrere Wochen am Stück gearbeitet, z.B. 4-5 Wochenenden in Folge (entweder Samstag oder Sonntag oder Samstag/Sonntag Nacht) PLUS jeden Tag unter der Woche mit Überstunden. Bessere Vorbereitung auf Dienste, z.B. in Form eines Dienstfähigkeits-Workshops o.ä., regelmäßige Fortbildungen zu praktischen Themen statt über Paper über Medikamentenstudien (zumindest teilweise). Mehr Personal, um sich die nötige Zeit für Patienten nehmen zu können, sich mit dem Krankheitsbild befassen und so etwas lernen zu können und nicht unter Zeitdruck den Oberarzt fragen zu müssen, was zu tun ist.
2540	strukturierte Fortbildung, Facharztkompetenzen
2541	Mehr Personal. Verringerte Bereitschaftszeiten (Stunden pro Dienst). Festen Arzt dür Notaufnahme. Bessere Möglichkeiten die Weiterbildung wahrzunehmen (findet nicht bei uns am Standort statt). Mehr Weiterbildung vor Ort. Regelmäßiger Austausch der Ärzte untereinander (Oberärzte, Assistenzärzte). Mehr Zeit für die Patienten.
2547	Mehr Personal Mehr Weiterbildung Bessere Einarbeitung Anerkennung der Arbeitsleistung und Zeit Wertschätzung Mehr Zeit für Patienten und die Fälle Weniger Druck bzgl Liegezeit und Wirtschaftlichkeit
2550	- keine 24h Dienste, alle Überstunden erfassen und als Freizeitausgleich nehmen können (wen interessiert das Geld?! Davon hat man nichts, wenn man nur arbeitet), eine feste Vollzeit stelle mehr im Team, sodass die Arbeit noch zufriedenstellend schaffbar ist, auch wenn einer krank/im Urlaub o.ä. ist.
2553	Kirchliches Haus: - Einarbeitungschecklisten, damit man nicht zu früh ins Dienstsysteem integriert wird! - besserer Personalschlüssel für ärztliches Personal, damit Weiterbildung stattfinden kann (reduziertes Stresslevel für die Einarbeitenden, damit es Ihnen möglich ist, anzuleiten) - besserer Personalschlüssel für Pflegekräfte, da deren Frustration den Arbeitsalltag eines Arztes zunehmend erschwert - regelmäßige Fortbildungen Uni-Klinik: - Einarbeitungschecklisten, damit man nicht zu früh ins Dienstsysteem integriert wird (in der Uni ist es Standard, nach 3 Monaten ins Dienstsysteem integriert zu werden, auch wenn man die letzten 3 Monate nur Stationsarbeit geleistet hat und nur wenige Tage im Kreißaal verbracht hat) - es muss eine klare Struktur für Kommunikation geschaffen werden, - die Lehrenden sollten motiviert sein zu lehren - klare Leitlinien müssen geschaffen werden, damit Anfängern gewährleistet ist, etwas zu lernen; sehr häufig war es personenabhängig, wie eine Situation bearbeitet werden sollte. - besserer Personalschlüssel für Pflegekräfte, da deren Frustration den Arbeitsalltag eines Arztes zunehmend erschwert - regelmäßige Fortbildungen
2559	Strukturiertes Weiterbildungskonzept. Bessere Betreuung mit Feedback durch die Rotations-Oberärzte/innen.
2563	Mehr Personal, damit es bessere Möglichkeiten zur Einarbeitung und zum Nachfragen im Arbeitsalltag gibt und man nicht Nur hetzen muss, um seine Arbeit gerade so fertig zu bekommen und rechtzeitig Feierabend machen zu können.
2565	Digitalisierung weniger kostenorientierte Patientenbetreuung Abnahme von allen Blutentnahmen/Flexülen
2570	bessere Weiterbildung, Fokus des Chefarztes mehr auf die Weiterbildungsordnung richten, weniger Akkordarbeit (Elektivkrankenhaus) um die geforderten Zahlen der Geschäftsführung zu bringen.
2577	weniger Druck innerhalb des nichtärztlichen Personals, geringere Hierarchie zwischen Praxischefin und angestellten
2579	Vollständige Digitalisierung der Dokumentation in einem gleichen System für alle. GGf. Assistenzpersonal, das z.B. Dokumentation übernimmt (z.B. Medikamente erfassen bei stat. Aufnahme)
2582	Strukturierte, standardisierte Weiterbildung, welche nicht an die Menge der Publikationen

	oder persönliche Sympathien gebunden ist und alle relevanten Themen garantiert abdeckt.
2587	Kommunikation zwischen OÄ. Weniger "Lästereien" Der Chefarzt sollte Anmerkungen bezüglich der Kommunikation zwischen AA und OA ernst nehmen und ggf. an Lösungen hier arbeiten. Anmerkungen gab es genug.
2602	Das deutsche Gesundheitssystem. Zudem ist es ein Systemfehler, dass wichtige Entscheidungen von einem Management getroffen werden, das nicht mit Ärzten besetzt ist.
2605	Einstellung von mehr Personal, planbare Arbeitszeiten, bessere Weiterbildung, weniger Spät- und Nachdienste.
2606	Senken der Dienstbelastung, Zuverlässigkeit des Dienst plans; Verbesserung der Ausbildung
2610	Mehr Weiterbildungsfokus
2614	Entlastung in den (Bereitschaftsdiensten) hinsichtlich des Arbeitspensums. Genaue Zeiterfassung der Regelarbeitszeit. Allerdings muss ich sagen, dass in meiner Abteilung gute Arbeitsbedingungen herrschen, vor allem im Vergleich zu anderen Fachbereichen (v.a. chirurgische Abteilungen). Die genannten Punkte sind vielleicht eher für "sehr gute" Arbeitsbedingungen heranzuziehen. Obwohl das in vielen anderen Berufen die Norm ist.
2618	Besseres Dienstsysteem Mehr ethische Betrachtungen der Patientenwürde
2625	Weniger Dienste; mehr Patientenkontakt bei weniger Bürokratie
2626	Mehr Personal
2627	Bessere kommunikation nach unten, weniger Überstunden, mehr personal, bettenkoordinator (bettensuche aktuell aufgabe der Ärzte in der Rettungsstelle)
2632	Exakter Ausgleich der Überstunden, Feststellung mittels Stechuhr. Längere Einarbeitungszeit mit beauftragtem Arzt für jeweilige Abteilung für mehr Sicherheit. Exakter Rotationsplan. Weniger Hindernisse/ mehr Befürwortung bei Fortbildungen teilzunehmen. Mehr Kollegen pro Station für weniger Dienste pro Monat. Insbesondere mehr Fachärzte (meistens zu teuer für Klinik). Dienste in die 40 h Woche einrechnen und nicht zusätzlich.
2642	Einfach mehr ärztliches Personal, dauerhafte Anwesenheit eines Facharztes auf Station. Feste Integration von fachfremden Kollegen. ZB internist fest angestellt auf neurolog. Stroke unit neben den Neurologen
2644	Deutlich effektivere Dokumentation, bessere IT, bessere Weiterbildung, Strukturierte Kommunikation mit nichtärztlichen Mitarbeitern/innen, mehr Pflegepersonal !, Gemeinsame Weiterbildung mit Pflege, mehr Zeit mit / für Patienten, bessere ambulante Betreuung (massenhaft unnötige Vorstellungen in der Rettungsstelle)
2646	- Überstunden reduzieren und wenn vorhanden erfassen und durch FZA oder Geld ausgleichen - regelmäßigeres Feedback außer nur 1x/Jahr zum MA-Gespräch - finanzielle Unterstützung bei der Weiterbildung
2647	Flexibele Arbeitszeitmodelle Überstundenausgleich Bessere Weiterbildung
2655	nichts
2658	Mehr Lehre u Anleitung. Bessere Strukturierung der Weiterbildung.
2660	mehr Personal, geregeltere Weiterbildung
2668	Struktur in der Weiterbildung, mehr Lehrvisiten, mehr Zeit für Feedback, bessere, strukturierte Einarbeitung, mehr Personal, v.a. deutsch sprechendes Personal
2680	kürzere Arbeitszeiten, besseres Arbeitsklima, Weiterbildung in Teilzeit möglich
2691	Weniger Schichtwechsel, mehr Personal
2692	Geregelte Arbeitszeiten, Dokumentation von Überstunden (welche nicht Routine sind), Freizeitausgleich, Beachtung von Gefährdungsanzeigen seitens des Arbeitgebers, geregelte Weiterbildung inkl. Rotationsmöglichkeiten. Etc. Etc.
2696	Weniger dienstbelastung, bessere Arbeitszeiten, gerechte arbeitszeitdokumentation, Anerkennung für die Arbeit
2706	Weniger Patienten pro Arzt. Eine digitale Akte, keine doppelte Dokumentation. Wenige Überstunden und sonst Freizeitausgleich. Ein Ausbildungskonzept mit einem Ausbildungsarzt. Förderung der Weiterbildung.
2710	Zu zweit im Nachtdienst in einer großen Notaufnahme bei ca. 15-25 Patienten in der Nacht, bislang durch die Leitung nicht gewünscht. Vor allem für Anfänger absolut überfordernd.
2721	Sinnvolle Veränderung der Hierarchien, d.h. nicht flache, sondern auf Kooperation ausgerichtete Strukturen. Keine Entscheidungen im Elfenbeinturm, die dann kurzfristig

	umgesetzt werden müssen. Kein Umwerfen der Jahresurlaubsplanung mitten im Jahr um nach Gutsherrenart umzuverteilen.
2722	Ich glaube nicht, dass der Hartmannbund ernsthaft die Interessen von Assistenzärzten vertritt oder gar die Arbeitsbedingungen verbessern möchte, es kann mir egal sein, ich werde dieses Gesundheitssystem zeitnah verlassen. Sie werden sich damit anfreunden müssen, dass die Medizin in den kommenden 15 Jahren massiv an Qualität abnehmen wird, und der kranke Mensch als Ressource gesehen wird. Heilen steht sehr bald nicht mehr im Fokus. Für privaten Krankenhausgesellschaften lohnen sich viel mehr Patienten die immer wieder ins Kranknehaus kommen weil sie nicht mehr gute behandelt werden sondern herumgereicht werden. Als integerer Mensch kann man in diesem System nicht mehr arbeiten und daran haben auch die Chefärzte Mitverantwortung, da sie für Geld alles mitmachen. Dieses System ist krank und teilweise schädlich für Patienten. Mich wiedert diese Politik an und mich wiedern die Verantwortlichen in diesem System an.
2724	gezielte Weiterbildung (Feedback, Weiterbildungsziele, Zeit zum Nachlesen / sich weiterbilden) Freizeitausgleich für Überstunden Zeit für Patient*innen Wertschätzung von Kommunikation Kreative Lösungen Ausreichende und regelmäßige Pausen
2741	reguläre Stellenbesetzung - Abteilung wäre mit dem vorgesehenen Stellenschlüssel von 6 Assistenzärzten gerade so ausreichend besetzt, derzeit 3-4 vorhanden
2746	höherer Personalschlüssel bei Pflegepersonal und Ärzte für bessere Patientenversorgung mit Möglichkeit der offenen Türen (Psychiatrie) und Einhaltung der Arbeitszeit
2783	Mehr Weiterbildung, weniger Zeitdruck, bessere Besetzung, Planbarkeit